

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření vybraných nemocnic v Moravskoslezském kraji

Financial Management of Selected Hospitals in the Moravian-Silesian Region

Student: Bc. Andrea Fischerová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2015

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Andrea Fischerová**

Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa

Téma: **Hospodaření vybraných nemocnic v Moravskoslezském kraji**
Financial Management of Selected Hospitals in the Moravian-Silesian Region

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Nemocnice jako součást sítě zdravotnických zařízení v ČR
 3. Analýza hospodaření vybraných nemocnic
 4. Zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic a návrhy ke zlepšení hospodaření
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

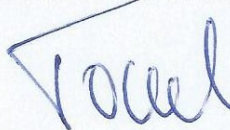
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BOROVSKÝ, Juraj a Věra DYTAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 2. přeprac. vyd. Praha: České vysoké učení technické, 2012. 129 s. ISBN 978-80-01-05055-2.
- KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 236 s. ISBN 978-80-247-4456-8.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

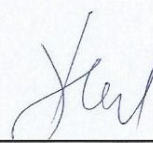
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 21.11.2014

Datum odevzdání: 25.04.2015



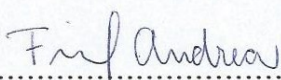
doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 25. dubna 2015


.....
Bc. Andrea Fischerová

Obsah

1 Úvod.....	4
2 Nemocnice jako součást sítě zdravotnických zařízení v ČR.....	6
2.1 Zdravotní politika	6
2.2 Ekonomika zdraví a zdravotnictví.....	7
2.3 Modely zdravotní péče	7
2.4 Zdravotnictví v České republice.....	8
2.4.1 Zdravotní péče v České republice	9
2.4.2 Financování zdravotní péče.....	11
2.4.3 Síť zdravotnických zařízení v ČR	12
2.5 Nemocnice jako součást systému zdravotní péče.....	14
2.5.1 Organizační síť nemocnic v ČR	18
2.5.2 Systémy financování nemocniční péče	19
2.5.3 Nemocnice v Moravskoslezském kraji.....	21
3 Analýza hospodaření vybraných nemocnic	23
3.1 Charakteristika vybraných nemocnic	23
3.1.1 Personální unie a organizační struktura	26
3.2 Analýza hospodaření vybraných nemocnic v letech 2009-2013	28
3.2.1 Výsledky hospodaření nemocnic v letech 2009-2013.....	28
3.2.2 Výsledky hospodaření v hlavní činnosti	30
3.2.3 Výsledky hospodaření v doplňkové činnosti	43
4 Zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic a návrhy ke zlepšení hospodaření	47
4.1 Zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic	47
4.1.1 Celková zadluženost.....	48
4.1.2 Běžná likvidita.....	49
4.1.3 Ukazatelé rentability.....	50
4.1.4 Ukazatelé aktivity.....	53
4.2 Návrhy na zlepšení hospodaření vybraných nemocnic	56
5 Závěr.....	60
Seznam použité literatury.....	64
Seznam zkratk	67
Seznam tabulek	
Seznam grafů	
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	
Seznam příloh	

1 Úvod

Zdraví a život řadíme k nejcennějším hodnotám každého člověka. Dle definice uvedené v zakládajícím dokumentu WHO z roku 1946 je zdraví vymezeno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví člověka se chrání, podporuje a rozvíjí prostřednictvím zdravotnických služeb poskytovaných zdravotními zařízeními, mezi které patří i nemocnice. Nemocnice mají na území České republiky různé zřizovatele. Mohou být zřizovány nebo zakládány jako příspěvkové organizace, akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným a obecně prospěšné společnosti. Na území Moravskoslezského kraje se nemocnice vyskytují ve formě příspěvkových organizací a akciových společností. Zřizovatelem zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji je Ministerstvo zdravotnictví ČR, územní samospráva (kraj, obec či město) a soukromá fyzická nebo právnická osoba.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku hospodaření vybraných nemocnic v Moravskoslezském kraji, které tvoří personální unii - dvě nemocnice se samostatnými identifikačními čísly jsou manažersky řízeny jedním ředitelem. Vybranými nemocnicemi jsou příspěvkové organizace zřízené Moravskoslezským krajem - Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov. V rámci personální unie hospodaří nemocnice od roku 2013.

Cílem této diplomové práce je na základě analýzy zhodnotit hospodaření Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov v rámci let 2009–2013 a formulovat návrhy pro zlepšení hospodaření. V souladu s cílem práce jsou stanoveny následující hypotézy:

- Sloučením Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov do personální unie dojde k ziskovému výsledku hospodaření.
- Osobní náklady na jednoho zaměstnance průběžně rostou.

Diplomová práce je rozdělena do pěti kapitol zahrnujících úvod a závěr. Teoretická část obsažená ve druhé kapitole je vstupem do dané problematiky a jsou v ní vymezeny základní pojmy jako zdraví a jeho determinanty, zdravotní politika, ekonomika zdraví a zdravotnictví, zdravotní péče a v neposlední řadě také nemocnice a její organizační síť v České republice, financování nemocniční péče a nemocnice v Moravskoslezském kraji.

Další dvě kapitoly jsou praktickou částí diplomové práce. Třetí kapitola je zaměřena na analýzu hospodaření vybraných nemocnic. V této kapitole jsou nejdříve charakterizovány obě nemocnice a následně je proveden rozbor celkového výsledku hospodaření po zdanění, výsledku hospodaření po zdanění v hlavní činnosti (včetně rozboru nákladů a výnosů) a výsledky hospodaření po zdanění v doplňkové činnosti. Analyzované položky jsou porovnávány z hlediska jejich vývoje ve sledovaném období 2009–2013. Ve třetí kapitole byla použita metoda analýzy, komparace a při vyjadřování názorů byla použita metoda indukce a dedukce.

Čtvrtá kapitola je s ohledem na cíl práce nejdůležitější kapitolou. Na základě analýzy hospodaření v předcházející kapitole je provedeno zhodnocení hospodaření obou nemocnic a následně je za použití finanční analýzy vyhodnoceno finanční zdraví obou nemocnic prostřednictvím sledovaných poměrových ukazatelů zadluženosti, likvidity, rentability a aktivity. Výsledkem zhodnocení a této kapitoly je navrnutí opatření, která by mohla hospodaření obou nemocnic zlepšit. V kapitole byla použita metoda analýzy a v závěru metoda syntézy, jejímž výsledkem jsou navržené opatření na zlepšení hospodaření vybraných nemocnic.

Diplomová práce vychází z odborné literatury, zákonů, statistických údajů dostupných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, informací z Prezentačního systému finančních a účetních informací státu, výročních zpráv obou nemocnic a informací poskytnutých z Nemocnice s poliklinikou Havířov a Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj. Diplomová práce se opírá o platnou legislativu k 1. 4. 2015.

2 Nemocnice jako součást sítě zdravotnických zařízení v ČR

Zdravotnictví je ve vyspělých státech nedílnou součástí života všech obyvatel. Důraz je kladen především na poskytování kvalitní zdravotní péče, která působí pozitivně na celou společnost. Nemocnice, jako subjekty poskytující zdravotní péči, zaujímají v systému zdravotní péče zvláštní postavení, které vychází z jejich specifických funkcí. Základní funkcí nemocnic je poskytování zdravotní péče pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně.

2.1 Zdravotní politika

„Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví. Mezi čtyři hlavní fáze tvorby zdravotní politiky řadíme identifikaci problémů a rozpoznání východisek, formulaci cílů a postupů, implementaci postupů a vyhodnocení postupů“ (Gladkij, 2003, s. 11-12).

Tvorba zdravotní politiky, definování cílů a jejich naplňování se dotýká oblastí, v nichž se střetávají hlediska různých zájmových skupin – zejména státu, plátců zdravotní péče, různých profesních seskupení (odborových svazů), dodavatelů zdravotnické techniky a léků, patientských organizací. K nástrojům zdravotní politiky řadíme:

- *legislativu a právní dokumenty;*
- *financování zdravotní péče* – zavedení spoluúčasti pacientů formou regulačních poplatků, úhrada zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění apod.;
- *tvorbu sítě zdravotnických zařízení* – udělování licencí a registrace zdravotnických zařízení a zdravotnických pacientů, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče;
- *vzdělávání zdravotnických pracovníků;*
- *sběr informací a zacházení s nimi* – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Národní zdravotnický informační systém;
- *lékovou politiku* – regulace cen léků (Janečková a Hnilicová, 2009).

2.2 Ekonomika zdraví a zdravotnictví

V ekonomice zdravotnictví sledujeme ekonomické veličiny a procesy v rámci zdravotnického systému, a to formálního a do určité míry také neformálního. Ekonomika zdraví je oproti ekonomice zdravotnictví vymezena širěji a zahrnuje oproti ekonomice zdravotnictví vliv celé řady dalších oblastí lidské činnosti, které mají vliv na zdraví, jako např. zdravý životní styl a sociální determinanty zdraví, jakými jsou příjem, bydlení, vzdělání nebo rodinný stav (Barták, 2010).

Zdraví je obecně vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami – **tělesnou, duševní a sociální**. Úroveň zdraví je jedním z měřítek prosperity společnosti a její ekonomické, humanitní a politické vyspělosti. Příčiny, podmínky utvářející a ovlivňující zdravotní stav jednotlivců, populačních skupin a obyvatelstva nazýváme **determinanty zdraví**. Tyto podmínky posilují a upevňují zdraví a jeho potenciál (pozitivní vliv na zdraví) anebo naopak zdraví ohrožují, oslabují a rozvracejí (negativní vliv na zdraví). Jednotlivé determinanty se vzájemně ovlivňují a působí na zdraví člověka integrovaně. Determinanty zdraví můžeme rozdělit do čtyř oblastí:

- *geneticko-konstituční faktory*, které ovlivňují naše zdraví přibližně 10-15 %, např. věk, pohlaví, genetické utváření;
- *socioekonomické prostředí* ovlivňující zdraví člověka 20 %, např. vzdělání, bydlení, zaměstnání, úroveň životního prostředí, úroveň mezilidských vztahů, politická dimenze společnost;
- *životní styl*, který zdraví člověka ovlivňuje z 50 %, např. úroveň výživy, trávení volného času, pohybová aktivita, používání alkoholu, drog, kouření;
- *zdravotnictví a zdravotní péče* ovlivňující zdraví z 10-15 %, např. preventivní činnosti, dostupnost zdravotní péče, zdravotní výchova obyvatel (Jarošová, 2008).

2.3 Modely zdravotní péče

Zdravotnické systémy můžeme podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely.

1. Zdravotní systémy založené na pojištění:

- a) *Bismarckovský systém* – jedná se o povinné, všeobecné a zákonné zdravotní pojištění, je zde uplatňován princip sociální solidarity pod dohledem státu pro všechny občany, bez ohledu na jejich platební schopnost (např. Německo, Rakousko, Česká republika, Slovensko).
- b) *Liberální (tržní) model* – směs soukromého zdravotního pojištění na straně jedné a veřejných zdravotních programů na straně druhé, pojištění je dobrovolné a funguje na komerčních principech (USA).

2. Státní zdravotnictví (Beveridgeův model) – založen na zdravotní péči hrazené z veřejných prostředků - daní (např. Velká Británie, Norsko, Švédsko, Španělsko).

Mezi ukazatele zdravotnického systému pro mezinárodní srovnávání řadíme především dostupnost zdravotní péče (finanční, geografická, časová, organizační), kvalitu poskytované péče, ekonomickou nákladnost, výkonnost zdravotnického systému a rovnost neboli ekvitu ve zdraví (Dolanský, 2008).

2.4 Zdravotnictví v České republice

„V České republice je oblast zdravotnického práva upravena v několika desítkách zákonů, právních předpisů vyšší právní moci než zákon, tj. ústavou a ústavními zákony a mezinárodními smlouvami, a ve velkém množství podzákonných právních předpisů, jakými jsou například nařízení vlády ČR, vyhlášky ústředních orgánů státní správy, vyhlášky obcí a vyšších územně samosprávných celků“ (Barták, 2010, s. 162).

Článek 31 Listiny základních práv a svobod jako ústavního zákona č. 2/1993 Sb. stanovuje, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Tato interpretace je ovšem předmětem četných odborných a politických sporů, především pojem bezplatná zdravotní péče. Toto spojení neznamená, že by péče o zdraví byla zdarma, nýbrž poukazuje na fakt, že péče je bezplatná v době spotřeby a to díky tomu, že je hrazena z rozhodující části prostřednictvím příspěvků na veřejné zdravotní pojištění (Barták, 2010).

„Současný model zdravotní péče v České republice je model národního zdravotního pojištění (Bismarckovský model), založený na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění jako definovaný podíl ze svého příjmu. Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany bez výjimky a má spíše charakter povinné zdravotní daně. Téměř všechna zdravotnická zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami a poskytují zdravotní péči bez přímé úhrady (čerpají prostředky z veřejných zdrojů a občanům poskytují bezplatnou péči). Část zdravotní péče v České republice je financována přímo ze státního rozpočtu (např. hygienický dozor a ochrana veřejného zdraví). Roli v systému zdravotní péče má také soukromý sektor, který poskytuje zdravotní péči nikoli na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale pouze za přímé platby pacientů (např. estetická medicína, laserové oční operace, zubní péče)“ (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 125-126).

2.4.1 Zdravotní péče v České republice

Zdravotní péči v České republice poskytují zdravotnická zařízení státu, krajů, obcí, fyzických a právnických osob v souladu s platnými právními normami. Zdravotní péči dále poskytují také zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné. Zdravotní péče se poskytuje:

- a) bez přímé úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění;
- b) na základě smluvního zdravotního pojištění bez přímé úhrady z prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a dalších pojišťoven;
- c) bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu;
- d) za plnou nebo částečnou finanční úhradu (Barták, 2010).

Zdravotní péči mohou poskytovat pouze fyzické a právnické osoby, které mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb vybaveno personálně, dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče vybaveno věcně a technicky pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou mu poskytuje a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.

„Zdravotní péči, která je poskytována pojištěncům, je možno rozčlenit podle různých kritérií do několika skupin.

1. Zdravotní péče dle rozsahu

- a) *komplexní (plná) zdravotní péče* – pojištěnec má nárok na veškerou péči, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky a je převážně péčí hrazenou ze zdravotního pojištění;
- b) *nutná a neodkladná zdravotní péče* – zajištění takové zdravotní péče, jejíž poskytnutí je nezbytné pro odvrácení ohrožení zdraví či života pojištěnce.

2. Zdravotní péče dle úhrady ze zdravotního pojištění

- a) *zdravotní péče hrazená* – založena na principu rovnosti, kdy všichni pojištěnci bez rozdílu mají nárok na stejnou hrazenou péči (např. ambulantní a ústavní péče, preventivní péče, dispenzární péče, lázeňská péče);
- b) *zdravotní péče nehrazená* – ze zdravotního pojištění se nehradí zejména vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce;
- c) *částečně hrazená zdravotní péče (spoluúčast pojištěnce)*.

3. Ambulantní péče

- a) *primární zdravotní péče* - jedná se o hrazenou péči, kterou poskytuje pojištěncům jejich registrující nebo ošetřující lékař;
- b) *specializovaná ambulantní zdravotní péče* – hrazená péče, kterou poskytují specializovaní lékaři;
- c) *zvláštní ambulantní péče* – poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci v jejich vlastním sociálním prostředí.

4. Vybrané zvláštní druhy zdravotní péče

- a) *pohotovostní a záchranná služba* – zdravotní péče poskytována v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinací hodiny, lékařská služba první pomoci a ústavní pohotovostní služba;
- b) *preventivní péče* – preventivní prohlídky provádí ošetřující lékař a jsou prováděny v oboru stomatology a gynekologie;
- c) *dispenzární péče* – zvláštní druh zdravotní péče (např. u dětí do jednoho roku, u těhotných žen);

- d) *závodní preventivní péče* – zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví ostatních zaměstnanců před nemocemi z povolání a prevenci úrazů.
- 5. **Lůžková péče** – hrazená péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech u pojištěnců, u kterých by jejich nepřijetí nebo odložení přijetí do lůžkové péče ohrožovalo jejich život.
- 6. **Zdravotní péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách** – hrazená zdravotní péče poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let věku.
- 7. **Lázeňská péče**
 - a) *komplexní lázeňská péče* – při této péči hradí příslušná zdravotní pojišťovna svému pojištěnci plné náklady za vyšetření, léčení, ubytování a stravu;
 - b) *příspěvková lázeňská péče* – druh péče, kdy příslušná zdravotní pojišťovna hradí svému pojištěnci pouze náklady na standardní vyšetření a léčení a pojištěnec si sám ze svých finančních prostředků hradí stravování, ubytování a lázeňský poplatek;
 - c) *lázeňská péče hrazená samoplátcem* – druh zdravotní péče, kterou si hradí občan sám ze svých prostředků a k jejímu poskytnutí nepotřebuje žádný návrh od ošetřujícího lékaře“ (Dolanský, 2008, s. 68-77).

2.4.2 Financování zdravotní péče

Zákonným **zdrojem financování** zdravotnictví v České republice je **veřejné zdravotní pojištění**. Veřejné zdravotní pojištění v ČR je upraveno dvěma hlavními zákony, a to zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Mezi plátce pojistného řadíme:

- a) *pojištěnce* – zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby s trvalým pobytem na území České republiky;
- b) *zaměstnavatele* – platí část pojistného za své zaměstnance;

- c) *stát* – je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu například za nezaopatřené děti, poživatele důchodu z důchodového pojištění, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání.

Z veřejného zdravotního pojištění je plně nebo částečně hrazena diagnostická péče, léčebná péče ambulantní, prevence, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, lázeňská a zvláštní léčebná péče dle doporučení lékaře (Jarošová, 2008).

Veřejné zdroje ovšem nestačí na pokrytí všech výdajů a zavádí se další formy finanční **spoluúčasti** pacientů – *doplatky* (na stomatologické výkony nad rámec základní péče), *regulační poplatky*¹ (za návštěvu lékaře, za pohotovostní službu, za poskytování lůžkové péče) a *platby za nehrazenou a nadstandardní péči* (estetická chirurgie, vyšší komfort při poskytování zdravotní péče), (Janečková a Hnilicová, 2009).

2.4.3 Sít' zdravotnických zařízení v ČR

„Soustava zdravotnických institucí a zařízení je založena na systému zdravotního pojištění a je výsledkem mohutné decentralizace původního socialistického modelu zdravotnictví a privatizace značné části ambulantních zařízení. Většina zdravotnických zařízení funguje v režimu veřejných zdravotnických služeb“ (Gladkij, 2003, s. 54).

V České republice bylo koncem roku 2013 evidováno **29 218 zdravotnických zařízení**, z toho 20 388 samostatných ambulantních ordinací. Pokud bychom rozdělili zdravotnická zařízení dle zřizovatele, pak 213 zařízení bylo státních (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví ČR a ostatní centrální orgány) a 29 005 zařízení bylo nestátních (zřizovatel kraj, město, obec, církve, fyzická osoba nebo jiná právnická osoba).²

Zdravotnická zařízení v České republice můžeme rozdělit na ambulantní a lůžková zařízení, dále na lékárenskou péči a hygienickou službu.

1. Ambulantní zdravotnická zařízení – v těchto zařízeních se provádí ambulantní péče, tj. pacienti zde přicházejí k základnímu ošetření s běžným onemocněním,

¹ Od 1. ledna 2014 byla zrušena povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče ve výši 100 Kč a s účinností od 1. ledna 2015 byl zrušen regulační poplatek za návštěvu lékaře ve výši 30 Kč. Ponechán byl pouze regulační poplatek za pohotovost.

² Údaje dostupné z ÚZIS ČR, publikace Zdravotnická ročenka 2013.

dále se zde např. provádí preventivní prohlídky, předepisují léky, aplikují injekce a vypisují neschopenky;

- všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, praktický gynekolog, praktický zubní lékař, agentury domácí péče.

2. Lůžková zdravotnická zařízení

- a) *lůžka akutní péče* (nemocnice) – zde se přijímají pacienti se závažnějším onemocněním, které se nedá zvládnout v rámci ambulantní péče (např. operace, náročnější rehabilitace);
- b) *lůžka následné péče* (ošetřovatelské domy) – poskytuje se zde dlouhodobá ošetřovatelská péče pacientům, kteří již nepatří na oddělení akutní péče, ale jejich stav ještě nedovoluje pobyt doma (např. pacienti po operaci);
- c) *odborné léčebné ústavy* – léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, léčebny pro plicní choroby a TBC a lázeňské léčebny;
- d) *zvláštní zdravotnická zařízení* – kojenecké ústavy, dětské domovy, stacionáře pro děti a dospělé.

3. **Lékárenská péče** – řadíme zde lékárny při nemocnicích a soukromé lékárny.

4. **Hygienická služba** – do této kategorie patří zdravotní ústavy (např. rozbor biologických vzorků ze zdravotnických zařízení) a hygienické stanice (Jarošová, 2008).

Ke konci roku 2013 vykazalo činnost celkem **29 218 zdravotnických zařízení** (včetně detašovaných pracovišť), kam spadají sdružená ambulantní zařízení (polikliniky), zdravotnická střediska, samostatné ordinace praktických lékařů a ostatní ambulantní zařízení. Oproti roku 2012 došlo k navýšení o 4 549 zařízení, z nichž největší nárůst zaznamenaly samostatné ordinace odborného lékaře specialisty, naopak k poklesu došlo u ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a u ordinací praktických lékařů gynekologů.³

Síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla k 31. 12. 2013 složena ze **188 nemocnic** s celkovým počtem **56 807 lůžek**. Z tohoto celkového počtu lůžek bylo 47 033 lůžek akutní péče, 7 652 lůžek následné péče a 2 122 lůžek novorozeneckých. Dále se síť zdravotnických zařízení ústavní péče skládala ze **158 odborných léčebných ústavů** (včetně ozdravoven a hospiců, bez lázeňských léčeben) s celkem **21 470 lůžky**. Z celkového lůžkového fondu

³ Údaje dostupné z ÚZIS ČR, publikace Zdravotnická ročenka 2013.

odborných léčebných ústavů zaujímaly největší část lůžka v psychiatrických léčebnách (42 %) a lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (33 %). Lázeňský lůžkový fond čítal **89 lázeňských léčeben** (včetně jedné dětské lázeňské léčebny) s celkem **26 196 lůžky**. Co se týče zvláštních zdravotnických zařízení (kojenecké ústavy, dětské domovy, stacionáře pro děti a dospělé, dopravní a záchranná zdravotnická služba), tak jejich celkový počet čítal **383 zařízení**, z nichž největší část tvořila dopravní a záchranná zdravotnická služba (225 zařízení).⁴

Lékárenskou péči poskytovalo ke konci roku 2013 celkem **2 796 lékáren a 583 výdejen** zdravotnických prostředků. Oproti roku 2012 došlo k nárůstu a na jednu lékárnu připadalo v průměru 3 759 obyvatel. Síť lékáren není rovnoměrně rozdělena a soustřeďuje se spíše do větších měst.⁵

V oblasti ochrany veřejného zdraví, kam řadíme zdravotní ústavy, krajské hygienické stanice a další zařízení hygienické služby bylo ke konci roku 2013 evidováno celkem **19 zařízení**.⁶

2.5 Nemocnice jako součást systému zdravotní péče

Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce pojednává o hospodaření dvou nemocnic, vymezíme si pojem nemocnice, její typy, organizační strukturu a nedílnou součástí jsou také systémy a metody financování nemocniční péče.

Nemocnice je podle Gladkije (2003, s. 51) definována jako „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetřovatelské služby“. I když postavení nemocnic v systému zdravotní péče (s výjimkou fakultních nemocnic) není v legislativě definováno, je zřejmé, že v nemocnicích není kladen důraz na ambulantní péči, ale jejím posláním je léčit pacienty tam, kde to není ambulantně možné (Staňková, 2013).

⁴ Údaje dostupné z ÚZIS ČR, publikace Zdravotnická ročenka 2013.

⁵ Tamtéž.

⁶ Tamtéž.

Kromě výše uvedených funkcí plní nemocnice i další úlohy. „Působí v oblasti vzdělávání a výzkumu, představují významného zaměstnavatele, významného odběratele různých průmyslových podniků a vykonávají zdravotní výchovu, případně zdravotní sociální činnost. Plní také důležitou společenskou úlohu. Jsou prostředkem potvrzení role státu a jeho odpovědnosti za zajištění zdravotní péče při tvorbě a realizaci zdravotní politiky. Přítomnost nemocnice v regionu je významným prostředkem regionálního rozvoje. Nemocnice hraje významnou roli v přilákání obyvatel, investorů, průmyslu a obchodu do regionu a tím působí na ekonomický rozvoj regionu, ale i na udržení sociální soudružnosti v regionu“ (Dolanský, 2008, s. 79).

Vývoj v oblasti nemocničních služeb je ovlivněn zejména následujícími **faktory**:

- a) *demografické změny a měnící se obraz nemoci* – v důsledku stárnutí populace dochází ke změně struktury hospitalizovaných pacientů, což přináší potřebu restrukturalizovat dosavadní systémy nemocniční péče;
- b) *ekonomický tlak* – především na zvýšení kvality a ekonomické efektivity;
- c) *rozvoj technologií* – vývoj nemocniční péče výrazně ovlivňuje rozvoj technologie v oblasti léčebných a diagnostických technik a v oblasti podpůrných služeb, což sebou přináší možnost rychlejších a přesnějších výsledků, zkracování doby pobytu pacienta v nemocnici a lepší informovanost pacientů;
- d) *větší možnosti pacientů spolurozhodovat o léčbě* (Dolanský, 2008).

Mezi nejdůležitější a nejvýznamnější klasifikaci nemocnic patří jejich **rozdělení podle typu zřizovatele**. V České republice členíme nemocnice dle zřizovatele na:

- a) fakultní nemocnice zřízené Ministerstvem zdravotnictví ČR a také Ministerstvem obrany ČR;
- b) nemocnice krajské a obecní;
- c) nemocnice zřízené soukromou fyzickou nebo právnickou osobou, případně církví;
- d) a nemocnice zřízené ostatními centrálními orgány.

Tab. 2.1 Počet nemocnic podle zřizovatele v letech 2009-2013

Zřizovatel	Počet nemocnic				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ministerstvo zdravotnictví ČR	19	19	19	19	19
Kraj	24	24	24	23	23
Obec, město	18	17	17	17	17
Soukromá právnická osoba, fyzická osoba, církev	125	124	124	124	124
Ostatní centrální orgány	5	5	5	5	5
Celkový počet nemocnic	191	189	189	188	188

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

Fakultní nemocnice jsou státní příspěvkovou organizací. Zřizovatelskou funkci vykonává Ministerstvo zdravotnictví ČR a také Ministerstvo obrany ČR, které zřizuje Vojenskou fakultní nemocnici (viz níže). Jejím hlavním úkolem je poskytování zdravotních služeb a uskutečňování související výzkumné nebo vývojové činnosti. Na odborných pracovištích fakultní nemocnice se také uskutečňuje klinická a praktická výuka. Jednotlivé fakultní nemocnice mají společná pracoviště s lékařskými fakultami vysokých škol a tato společná pracoviště jsou kliniky a ústavy, v jejichž čele je přednosta, kterého jmenuje nebo odvolává ředitel fakultní nemocnice po dohodě s děkanem lékařské fakulty. Fakultní nemocnice jsou zařízení na ambulantní i lůžkovou péči a péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech (§ 111 zákon č. 372/2011 Sb.). K 31. 12. 2013 má Česká republika **9 fakultních nemocnic** zřízených Ministerstvem zdravotnictví ČR s celkovým počtem 12 643 lůžky. Fakultní nemocnice se nacházejí v Praze (3), Brně (2), Plzni, Hradci Králové, Olomouci a v Ostravě. Ministerstvo zdravotnictví ČR dále zřizuje 10 nemocnic, které nemají podobu fakultní nemocnice.

Dalším typem jsou **nemocnice zřízené krajem nebo obcí**, které zřizuje příslušný kraj nebo obec a jedná se o nemocnice nestátní. Takto zřizované nemocnice mají právní formu příspěvkové organizace územního samosprávného celku a jsou zřizovány dle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého jsou povinny hospodařit. *Kraj* v rámci své přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví zajišťuje zabezpečení dostupné zdravotní péče na svém území (zřizování zdravotnických zařízení, provádění jejich následné kontroly a sledování sítě zdravotnických zařízení na svém území). V rámci samostatné působnosti kraj zajišťuje efektivní a hospodárnou regionální zdravotní politiku a podílí se na financování určitých činností zdravotní péče, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Podobu **krajské**

nemocnice má v ČR k 31. 12. 2013 **23 nemocnic**. *Nižší územně samosprávný celek* (obec) organizuje zdravotní péči ve své samostatné působnosti a zajišťuje pohotovostní péči a prohlídky a posuzování zdravotní způsobilosti na svém území. **Městských a obecních nemocnic** je v České republice k 31. 12. 2013 **celkem 17**.

Nemocnici může také zřídit soukromá právnická (případně fyzická) osoba nebo církev a tato nemocnice je označována jako soukromá nebo církevní. Jedná se o nestátní zdravotnická zařízení, kde je zdravotní péče poskytována jiným subjektem než státem. Téměř 65 % všech nemocnic v České republice je **soukromých** (tedy zřizovaných jinou právnickou osobou). Tento typ nemocnic je v ČR nejrozšířenější a celkem jich je **122** z celkového počtu 188 nemocnic v ČR. Tyto nemocnice se zakládají zřizovací listinou a vystupují jako právnické osoby. Naopak **církevní nemocnice** jsou v České republice pouze **2**. Celkový počet lůžek, kterými disponují nestátní zdravotnická zařízení je 28 367, což tvoří více než 50 % celkového lůžkového fondu v ČR.

Ostatní nemocnice zahrnujeme pod zřizovatele, kterým jsou **ostatní centrální orgány**. Jedná se o nemocnice zřízené Ministerstvem obrany ČR, Ministerstvem vnitra ČR a Ministerstvem spravedlnosti ČR. Tato ministerstva zřizují nemocnice pro potřeby svých rezortů a odpovídají za jejich provoz. *Ministerstvo obrany ČR* zřizuje 3 nemocnice pro potřeby svých rezortů, a to Vojenskou fakultní nemocnici v Praze, Vojenskou nemocnici v Brně a Vojenskou nemocnici v Olomouci. Vojenské nemocnice podle § 6 vyhlášky Ministerstva obrany České republiky č. 285/1999 Sb., o poskytování zdravotní péče ve vojenských zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů:

- poskytují odbornou a specializovanou zdravotní péči vojákům, žákům vojenských středních škol, občanským zaměstnancům, rodinným příslušníkům vojáků z povolání a občanských zaměstnanců a vojenským důchodcům;
- poskytují dispenzární péči vojákům;
- zabezpečují odborná a specializovaná vyšetření, včetně posudkové činnosti pro vojáky;
- podílejí se na vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků.

Ministerstvo spravedlnosti ČR je zřizovatelem nemocnice s poliklinikou v Praze, která je nedílnou součástí organizační jednotky Vazební věznice a je výkonným zdravotnickým zařízením Vězeňské služby ČR. Tato nemocnice zajišťuje a poskytuje komplexní zdravotní péči ústavní i ambulantní v rozsahu základní, specializované a zvláště specializované

diagnostické a léčebné péče a komplexní ošetrovatelskou péčí osobám ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody s celorepublikovou působností (Vězeňská služba ČR, 2012). Dalším zřizovatelem v rámci ostatních centrálních orgánů je *Ministerstvo vnitra ČR*, které zřizuje Nemocnici s poliklinikou v Praze jako organizační složku státu. Předmětem činnosti zdravotnického zařízení je především:

- plnění úkolů v oblasti poskytování zdravotní péče pro potřeby příslušníků bezpečnostních sborů a zaměstnanců resortu a ostatním určeným osobám, především formou závodní preventivní péče a lékařské posudkové činnosti příslušníků;
- zdravotnická příprava a zdravotní výchova příslušníků bezpečnostních sborů;
- zajišťování dopravy a přepravy nemocných a raněných;
- zdravotnické zabezpečení příslušníků bezpečnostních sborů vysílaných k plnění úkolů v zahraničí (Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, 2011).

2.5.1 Organizační síť nemocnic v ČR

Každá nemocnice se skládá z několika oddělení a zpravidla to bývají čtyři nebo více základních oddělení. Mezi tato čtyři základní oddělení můžeme zařadit oddělení interní, chirurgické, gynekologicko-porodnické a pediatrické. Strukturálně se větší nemocnice zpravidla člení na operační oddělení (chirurgie, urologie, ORL, oční, transplantační atd.) a oddělení konzervativní (interní, dětské, kožní, onkologické, infekční, plicní atd.). Každá nemocnice má také svou vlastní organizační strukturu. Základní organizační strukturu nemocnice můžeme rozdělit do tří subsystémů:

1. *subsystém léčebně preventivní péče* – jednotlivá specializovaná oddělení nebo kliniky dle lékařských oborů dále se člení na ambulantní, lůžkovou a diagnostickou a pracoviště společných vyšetřovacích složek poskytující specializované služby všem oddělením (např. centrální rentgen, laboratoře);
2. *subsystém logistického typu* – činnosti související se zajištěním léčebné péče (např. stravovací provoz, dopravní služba);
3. *subsystém manažerský a ekonomicko-správní* – vrcholový, střední a prvostupňový management, ekonomičtí pracovníci (Jarošová, 2008).

Vrcholový management (vedení nemocnice) tvoří ředitel a náměstci pro léčebnou péči (zpravidla lékař), ošetrovatelskou péči (zpravidla hlavní sestra), ekonomický úsek a pro

hospodářsko-technický úsek. *Střední management* je na úrovni jednotlivých oddělení nebo klinik a tvoří jej primář (nebo přednosta), který organizuje chod oddělení, stará se o lékaře a vrchní sestra, která se stará o nelékařské pracovníky (např. sestry, ošetrovatelky, zdravotnické asistenty) na oddělení – rozmisťuje je podle potřeby a požadavků oddělení. *Management prvního stupně* je na úrovni jednotlivých jednotek nebo stanic a tvoří jej staniční lékař a staniční sestra – ta pracuje přímo na jednotce, kde leží nemocní, je v kontaktu s pacienty a jejich rodinami, organizuje práci u lůžka nemocných a rozděluje práci pro nelékařský personál pracující na její jednotce (Jarošová, 2008).

2.5.2 Systémy financování nemocniční péče

Nemocnice jsou organizovány převážně jako zařízení v krajském nebo jiném větším městě v regionu. Hospodaří zpravidla jako příspěvkové organizace, pokud nejsou soukromé. Ekonomika nemocnic je závislá hlavně na **celkovém počtu ošetřovaných dnů**.

Mezi hlavní metody nebo systémy financování nemocniční péče řadíme tyto:

Blokové nebo globální granty/rozpočty, se kterými dostávají nemocnice roční fixní rozpočet na krytí všech služeb. Blokované financování zajišťuje přímá opatření ke shromáždění informací o výdajích nemocnice a poskytované prostředky jsou adekvátní. Charakteristikou globálního rozpočtu je stanovení výdajového stropu neboli cílového objemu vynaložených prostředků. Globální rozpočet poskytuje rámec ceny, objemu a kvality poskytovaných služeb (Barták, 2010).

Platby za ošetrovací den určují pro nemocnice maximální úhradu za obsazené lůžko. Tato metoda je podporována především v systémech veřejně financovaných a v prostředí souběžně působících veřejných a soukromých poskytovatelů. Celkové nemocniční výdaje jsou omezeny její kapacitou, což vede k nižším obrátům pacientů a umělému prodlužování délky pobytu tak, že dražší první dny (kdy je péče vyšší) jsou vykompenzovány méně nákladnou péčí později v průběhu zotavování (Borovský a Dyntarová, 2012).

Platby za výkon spočívají v tom, že každý provedený výkon zdravotnického pracovníka je honorován. Poskytovatel zdravotní péče je motivován k co největší produkci výkonů. Nadbytečnost prováděných výkonů je obtížné dodatečnou kontrolou prokázat.

Smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče stanovuje, jaká zdravotní péče bude z pojištění hrazena. Pokud jsou hodnoty bodu rozdílné od úhradové vyhlášky, stanoví se i jejich hodnota. Částky hrazené za jeden bod se tak mohou u různých výkonů lišit. (Borovský a Dyntarová, 2012).

Paušální platby (platby za případ) řadíme mezi systém úhrad, který je postaven na neměnném měsíčním paušálu bez ohledu na množství poskytnuté péče. Změny v objemech poskytované péče se realizují až při vyúčtování celého roku. Paušální platba reprezentuje určitý limit na celkové náklady nemocnice spojené s léčbou pacientů v daném období. V případě překročení stanoveného limitu, se pro nemocnici každý další pacient stává v krátkodobém časovém horizontu nákladem, který je nutné uhradit z vlastních zdrojů (Borovský a Dyntarová, 2012).

Diagnosis related group – DRG je úhradový mechanismus, jehož podstatou je seskupení pacientů do limitovaného počtu DRG skupin s podobnou diagnózou. Je nutné, aby struktura těchto skupin byla co nejpřehlednější a počet skupin nebyl příliš velký. Hlavním kritériem pro zařazení do skupin je diagnóza nemocného nebo zdravotní výkon. Ne všechny diagnózy však mají svou skupinu, naopak každá skupina zahrnuje i několik desítek diagnóz (Barták, 2010). Pro každou skupinu je stanovena délka hospitalizace s určitým časovým rozpětím. Toto rozpětí bylo vypočítáno tak, aby se v něm nacházelo 95 % případů. Pro hospitalizaci mimo toto časové rozpětí se nemocnici hradí propočtenou sazbou za jeden den hospitalizace. Nemocnic je uhrazeno léčení nemocného podle zařazení do DRG skupiny najednou za celý pobyt v nemocnici (Borovský a Dyntarová, 2012). Používaný DRG systém má 25 hlavních diagnostických kategorií (nadskupin), které jsou dále členěny do 1 023 podskupin. Pro začlenění případů do jednotlivých skupin je třeba vykazovat zejména tyto údaje: základní diagnózu, vedlejší diagnózu, výkony, délku hospitalizace a základní údaje o pacientovi (věk, pohlaví, porodní váha). Platba se uskutečňuje podle příslušné diagnostické třídy. Dále jsou pacienti rozdělení podle toho, zda se u nich provádí léčba konzervativně, nebo zda bude nutné provést operaci, která je vždy nákladnější (Peková, Pilný a Jetmar, 2012). Dále se tímto zabývá Busse et al., 2011 a Kožený, 2010.

Mezi základní výhody DRG systému řadíme:

- 1. Spravedlnost** – je definována jako stejná úhrada za stejnou službu. Princip DRG má odstranit hlavní spory nespravedlivého přerozdělování financí pomocí úhradového systému, tzn. spory mezi malými a velkými nemocnicemi, fakultními a krajskými nemocnicemi apod.
- 2. Měřitelnost** – systém DRG by měl pomoci měření a porovnávání produktivity a kvality zdravotní péče.
- 3. Transparentnost** – systém DRG by měl fungovat jako prevence korupčního prostředí díky jasnému vymezení ceny a zdravotní služby.
- 4. Efektivitu** – DRG je zaměřen nejen na ekonomickou výkonnost, ale i na kvalitu prováděné péče a měl by napomoci odhalení reálné efektivity hospodaření nemocnic (Staňková, 2013).

2.5.3 Nemocnice v Moravskoslezském kraji

Tato diplomová práce se zabývá hospodařením dvou krajských nemocnic v Karviné-Ráji a Havířově, přiblížíme si tedy strukturu nemocnic v Moravskoslezském kraji podle zřizovatele (zakladatele) a právní formy a jejich lůžkový fond.

Tab. 2.2 Nemocnice v MSK podle zřizovatele, zakladatele a právní formy v letech 2009-2013

Zřizovatel	Právní forma	Počet zařízení				
		2009	2010	2011	2012	2013
Ministerstvo zdravotnictví ČR	p. o.	1	1	1	1	1
Kraj	p. o.	7	7	7	6	6
	a. s.	1	1	1	1	1
Obec, město	p. o.	2	2	2	2	2
	a. s.	1	1	1	1	1
Privátní nemocnice	a. s.	5	5	5	6	6
	s. r. o.	1	1	1	1	1
Celkem		18	18	18	18	18

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

Z tabulky 2.2 je patrné, že u všech nemocnic v Moravskoslezském kraji došlo během pěti sledovaných let pouze k jedné změně zřizovatele, a to u Nemocnice Nový Jičín, která se k 1. 1. 2012 stala soukromou nemocnicí (dříve byl zřizovatelem kraj).

Tab. 2.3 zachycuje lůžkový fond v Moravskoslezském kraji v průběhu let 2009–2013. Celkový počet lůžek měl celé sledované období tendenci klesat. Z hlediska druhu poskytované péče došlo k nárůstu pouze u lůžek následné péče (v průběhu sledovaných 5 let nárůst o 60 lůžek). Na nemocničních odděleních akutní péče došlo ve všech letech k poklesu. V porovnání s rokem 2009 došlo k 31. 12. 2013 k poklesu o 888 lůžek.

Tab. 2.3 Počet lůžek v nemocnicích v MSK v letech 2009-2013

	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Lůžka akutní péče	6 358	6 205	5 959	5 655	5 470
Lůžka následné péče	308	323	323	358	368
Celkem	6 666	6 528	6 282	6 013	5 838

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

3 Analýza hospodaření vybraných nemocnic

Za účelem analýzy hospodaření nemocnic byly vybrány Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov, které jsou zřízené Moravskoslezským krajem. S daty získanými z výročních zpráv a závěrečných účtů bude provedeno i následující zhodnocení hospodaření a zjištění změn, které nastaly vznikem personální unie v roce 2013.

3.1 Charakteristika vybraných nemocnic

Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, příspěvková organizace (dále jen Nemocnice Karviná) a Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace (dále jen Nemocnice Havířov) byly založeny na základě usnesení zastupitelstva Moravskoslezského kraje ze dne 1. ledna 2003. Od tohoto dne jsou obě nemocnice příspěvkové organizace zřízené Moravskoslezským krajem. Před tímto datem bylo zřizovatelem obou nemocnic město Karviná jako okresní město. Nemocnice Karviná byla slavnostně otevřena 1. října 1958 a Nemocnice Havířov v prosinci roku 1969.

Hlavní činností nemocnic je poskytování a organizace ústavní i ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče, lékařské péče, včetně preventivních opatření ve stanoveném spádovém území. Spádovou oblastí Nemocnice Karviná jsou města Karviná, Orlová, Petřvald a obce Dolní Lutyně, Dětmárovice, Doubrava a Petrovice u Karviné. Do spádové oblasti Nemocnice Havířov patří obce Horní Bludovice, Horní Suchá, Albrechtice a Těrlicko. Obě nemocnice mimo svou hlavní činnost provozují také doplňkovou činnost v okruhu vymezeném zřizovací listinou a předmětem podnikání, která slouží jako doplňkový zdroj pro financování hlavní činnosti. Jedná se zejména o tyto činnosti: praní a žehlení prádla, poskytování technických služeb, pronájem nebytových prostor, sterilizace prostředků zdravotnické techniky a materiálu.

Nemocnice Karviná poskytuje svým pacientům péči akutní i následnou. K 31. 12. 2013 nemocnice disponovala **366 lůžky**, z toho 15 lůžek bylo vyhrazeno pro následnou péči. Celkově bylo v nemocnici za rok 2013 hospitalizováno **16 686 pacientů**. Zdravotní péče je zabezpečována na lůžkových odděleních celkem 11 primariáty (tab. 3.1).

Nemocnice Havířov na rozdíl od Nemocnice Karviná zajišťuje svým pacientům ve spádové oblasti pouze péči akutní a je jediným lůžkovým zdravotnickým zařízením na území města Havířova. K 31. 12. 2013 disponovala **383 lůžky** a během roku bylo hospitalizováno **16 071 pacientů**, což je o více než 600 pacientů méně. Zdravotní péče je zabezpečována 14 primariáty (tab. 3.1).

Tab. 3.1 Přehled medicínských oborů a počet lůžek k 31. 12. 2013

	Nemocnice Karviná	Nemocnice Havířov
Interna	124	62
<i>z toho JIP:</i>	10	10
Pediatric	41	38
<i>z toho novorozenecké:</i>	16	10
Gynekologie	38	25
<i>z toho porodnice:</i>	18	15
Chirurgie	68	50
Anesteziologicko-resuscitační	10	6
Rehabilitační a fyzikální medicína	21	24
Oftalmologie	10	10
Ortopedie	39	x
Dlouhodobá intenzivní péče	15	x
Geriatric	x	26
Infekční	x	45
Neurologie	x	26
Psychiatric	x	26
Urologie	x	23
Klinická hematologie	x	24
Intenzivní péče	x	10

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

V souvislosti s Nemocnicí Karviná je důležité se zmínit o Nemocnici s poliklinikou Orlová, která je součástí Nemocnice Karviná. Dne 1. října 2001 vydal přednosta Okresního úřadu v Karviné rozhodnutí o kompletizaci obou nemocnic a karvinská a orlovská nemocnice se staly jedním celkem. Důvodem tohoto spojení byl tlak na zefektivnění poskytování zdravotní péče ze strany vlády i zdravotních pojišťoven. Poukazovaly především na to, že v okrese Karviná převyšoval počet lůžek na jednotku obyvatel republikový průměr. Tento tlak na efektivitu znamenal tlak na restrukturalizaci a redukci nemocničních lůžek, případně také na redukci počtu nemocnic. Problémem ovšem zůstává, že v okrese Karviná není nemocnice,

kteřá by kompletně soustředovala medicínské obory, ale je zde více nemocnic, které se vzájemně doplňují.

Následující tabulky (tab. 3.2 a tab. 3.3) sumarizují přehled základních výkonových parametrů obou vybraných nemocnic a jejich vývoj a změny v průběhu pěti let.

Tab. 3.2 Přehled výkonových parametrů akutní péče Nemocnice Karviná v letech 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Úbytek/nárůst mezi lety 2009 - 2013
Počet lůžek	575	515	419	368	351	-224
Počet hospitalizovaných	20 316	19 877	18 926	17 573	16 647	- 3 669
Využití lůžek ve dnech*	248,7	258,7	255,6	244,7	251,6	+2,9
Prům. obsazenost lůžka na lékaře/den	5,5	4,9	4,5	4,2	3,5	+2,0
Prům. obsazenost lůžka na sestru/den	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	-0,1
Průměrná ošetrovací doba ve dnech	7	6,7	6	5,5	5,4	-1,6
Náklady na 1 ošetrovací den v Kč	4 559	4 805	5 485	5 990	6 815	+2 256

* ukazatel uvádí průměrný počet dnů v roce, kdy je lůžko obsazeno pacientem.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

V průběhu sledovaných pěti let došlo v Nemocnici Karviná k výraznému úbytku počtu lůžek akutní péče a s tím i souvisejícímu úbytku počtu hospitalizovaných. Naopak náklady na jeden ošetrovací den vzrostly v roce 2013 oproti roku 2009 až o třetinu. Průměrná ošetrovací doba ve dnech se rovněž snížila ze 7 dní na necelého 5,5 dne a klesla také průměrná obsazenost lůžka na lékaře za den. Dle ukazatele využití lůžek ve dnech lze konstatovat, že v celém sledovaném období průměrný počet dní, kdy bylo lůžko obsazeno pacientem, osciloval okolo 250 dní.

V Nemocnici Havířov došlo také k úbytku počtu lůžek akutní péče, ovšem ne tak výrazně jako v Nemocnici v Karviné. Ve druhé jmenované nemocnici se počet snížil o více než 200 lůžek, naopak v Nemocnici v Havířově se snížil o 86 lůžek a počet lůžek v obou nemocnicích je téměř shodný. Dalším rozdílem mezi nemocnicemi je počet hospitalizovaných. Zatímco v Nemocnici Karviná se v průběhu pěti let snížil počet hospitalizovaných o necelé 4 000, v Nemocnici Havířov došlo od roku 2009 k nárůstu o 806

hospitalizovaných. V souvislosti s tímto jevem, se rovněž zvýšil i počet dnů v roce, kdy bylo lůžko obsazeno pacientem. Poslední odlišností mezi vybranými nemocnicemi jsou náklady na jeden ošetrovací den. V Nemocnici Karviná vzrostly náklady v průběhu pěti let o již zmiňovanou třetinu, v Nemocnici Havířov nedošlo k žádnému většímu nárůstu ani poklesu. Tím nejdůležitějším ovšem je výše těchto nákladů. V roce 2013 vykazovala Nemocnice Karviná 3x vyšší náklady na jeden ošetrovací den ve srovnání s Nemocnicí Havířov, přestože počet lůžek i hospitalizovaných pacientů byl obdobný. Ostatní ukazatele výkonových parametrů (průměrná obsazenost lůžka na lékaře/den, průměrná obsazenost lůžka na sestru/den a průměrná ošetrovací doba ve dnech) jsou v Nemocnici Havířov srovnatelné s ukazateli Nemocnice Karviná.

Tab. 3.3 Přehled výkonových parametrů akutní péče Nemocnice Havířov v letech 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Úbytek/nárůst mezi lety 2009-2013
Počet lůžek	469	458	424	439	383	-86
Počet hospitalizovaných	15 265	15 242	15 274	15 632	16 071	+806
Využití lůžek ve dnech*	247,1	252,9	248	247,4	268,7	+21,6
Prům. obsazenost lůžka na lékaře/den	4,9	4,8	4,5	4,1	3,4	-1,5
Prům. obsazenost lůžka na sestru/den	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	-0,1
Průměrná ošetrovací doba ve dnech	7,7	7,6	7	6,8	6,4	-1,3
Náklady na 1 ošetrovací den v Kč	4 461	4 350	4 365	4 573	4 681	+220

* ukazatel uvádí průměrný počet dnů v roce, kdy je lůžko obsazeno pacientem.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, vlastní zpracování.

3.1.1 Personální unie a organizační struktura

Restriktivní úhradová vyhláška, nárůst DPH, cen léků i zdravotnického materiálu v průběhu několika let vedly k návrhu řešení, jak eliminovat tyto negativní ekonomické dopady. Rada Moravskoslezského kraje se proto rozhodla změnit řízení šesti krajských nemocnic a sloučila je do tzv. personální unie. Personální unie v podstatě znamená, že dvě nemocnice se samostatnými identifikačními čísly jsou manažersky řízeny jedním ředitelem. V dubnu roku 2013 se do personální unie sloučila Slezská nemocnice v Opavě a Sdružené

zdravotnické zařízení Krnov, Nemocnice ve Frýdku Místku s Nemocnicí Třinec a také Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov.

Novým organizačním uspořádáním zůstala zachována stávající dostupnost a kvalita zdravotní péče o občany a zároveň došlo také k úspoře nákladů na správu, nákupu služeb a materiálu. Kromě ekonomických přínosů se mezi nemocnicemi prohloubila vzájemná spolupráce v oblasti využití přístrojů, laboratoří a zpracování krve a zároveň se zlepšila pozice při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami. V průběhu let se mohou finanční prostředky ušetřit díky tomu, že personální unie velmi dobře spolupracují, sdílejí činnosti a informace. V oblasti nákupu léku, speciálního zdravotnického materiálu a režijního materiálu, se díky tomu může podařit sjednotit a snížit ceny u stejných nakupovaných komodit.

Úspory, kterými se sloučením do personální unie dosáhne, jsou zpětně investovány především do obnovy zdravotnické přístrojové techniky, nákupu zdravotnického materiálu a také slouží k odměňování zdravotnického personálu. Pro pacienty a personál to znamená, že nemocnice si mohou dovolit více investovat, což pozitivně ovlivní kvalitu poskytované zdravotní péče.

Organizační strukturu sloučených nemocnic v Karviné-Ráji a Havířově v rámci personální unie tvoří:

Ředitel nemocnice – útvar ředitele tvoří asistentky ředitele, vedoucí správy úseku ředitele a interní auditor.

Ekonomický a personální náměstek – oddělení zdravotních pojišťoven, oddělení lidských zdrojů, oddělení centrálního zásobování, oddělení finančního účetnictví.

Provozně – technický náměstek – technické oddělení, investiční oddělení, technologické oddělení, referát správy a smluv, provozní oddělení.

Náměstek pro léčebnou péči – primáři, operační sály, lékárny, pohotovostní služba.

Náměstek pro ošetrovatelskou péči – vrchní sestry, laboranti, sanitáři.

Manažer informačních technologií.

3.2 Analýza hospodaření vybraných nemocnic v letech 2009–2013

Rozbor hospodaření jednotlivých nemocnic je proveden za léta 2009–2013. Pro analýzu byla použita především data získána z Prezentačního systému účetních a finančních informací státu dostupného na internetových stránkách Ministerstva financí ČR, dále data získána z portálu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a z výročních zpráv obou nemocnic v jednotlivých letech.

V následujících podkapitolách práce je provedena analýza celkového výsledku hospodaření po zdanění, analýza výsledku hospodaření po zdanění v hlavní činnosti a v doplňkové činnosti obou nemocnic (včetně rozboru nákladů a výnosů).

3.2.1 Výsledky hospodaření nemocnic v letech 2009–2013

Celkový výsledek hospodaření vybraných nemocnic je kumulací výsledku hospodaření z hlavní a doplňkové činnosti. Podíly na celkovém výsledku hospodaření ukazují následující tabulky, ve kterých jsou rozepsány výsledky hospodaření za hlavní a doplňkovou činnost Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov. V grafickém znázornění pak lze vidět rozdíl v celkovém výsledku hospodaření obou nemocnic.

Tab. 3.4 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2009–2013 v Nemocnici Karviná (v tis. Kč)

Nemocnice Karviná	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
VH za hlavní činnost po zdanění	-1 120,61	-34 138,3	-1 401,03	13 869,47	-19 477,29
VH za doplňkovou činnost po zdanění	2 491,37	2 636,5	2 712,11	10 742,27	11 672,21
VH celkem po zdanění	1 370,76	-31 501,8	1 311,08	24 611,74	-7 805,08

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná za léta 2009–2013, vlastní zpracování.

Nemocnice Karviná hospodařila se zlepšeným hospodářským výsledkem pouze v letech 2009, 2011 a 2012. Znamená to, že v těchto letech se nemocnici dařilo pokrýt náklady dostatečnými výnosy. Naopak v letech 2010 a 2013 Nemocnice Karviná hospodařila se ztrátou. V roce 2010 byla tato ztráta velmi vysoká a dosahovala téměř 32 mil. Kč. Důvodem této velké ztráty byl výsledek hospodaření v hlavní činnosti, který dosahoval ztráty 34,14 mil. Kč. Podíl na této ztrátě měly vysoké náklady na spotřebu materiálu, které byly

ve srovnání s dalšími roky vyšší o 20,34 mil. Kč a vysoké mzdové náklady. Výsledek hospodaření v doplňkové činnosti nebyl schopen tak velkou ztrátu pokrýt. Naopak v roce 2012 dosahoval celkový výsledek hospodaření zisku 24,61 mil. Kč, jehož důvodem bylo celkové snížení nákladů v hlavní činnosti o více než 60 milionů Kč a zvýšení výnosů ve vedlejší činnosti o více než 10 milionů Kč ve srovnání s rokem 2011. V průběhu sledovaného období měl výsledek hospodaření po zdanění v hlavní činnosti kolísající charakter s velkými výkyvy. Výsledek hospodaření po zdanění ve vedlejší činnosti měl rostoucí charakter.

Následující tabulka (tab. 3.5) ukazuje výsledky hospodaření po zdanění ve sledovaných letech v Nemocnici Havířov. Shodně jako Nemocnice Karviná zaznamenala Nemocnice Havířov v průběhu let ziskové i ztrátové hospodaření. Pokrýt náklady dostatečnými výnosy se podařilo Nemocnici Havířov pouze v letech 2009 a 2011. Přestože byl tento kladný výsledek hospodaření poměrně nízký, není to nic neobvyklého, neboť Nemocnice není zřízena za účelem dosahování zisku. V ostatních letech hospodařila Nemocnice Havířov se ztrátou. Největší ztráty dosáhla v roce 2012 a to ztráty ve výši 22,36 mil. Kč. V průběhu sledovaného období měl výsledek hospodaření v hlavní činnosti i v doplňkové činnosti kolísající charakter.

Tab. 3.5 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2009-2013 v Nemocnici Havířov (v tis. Kč)

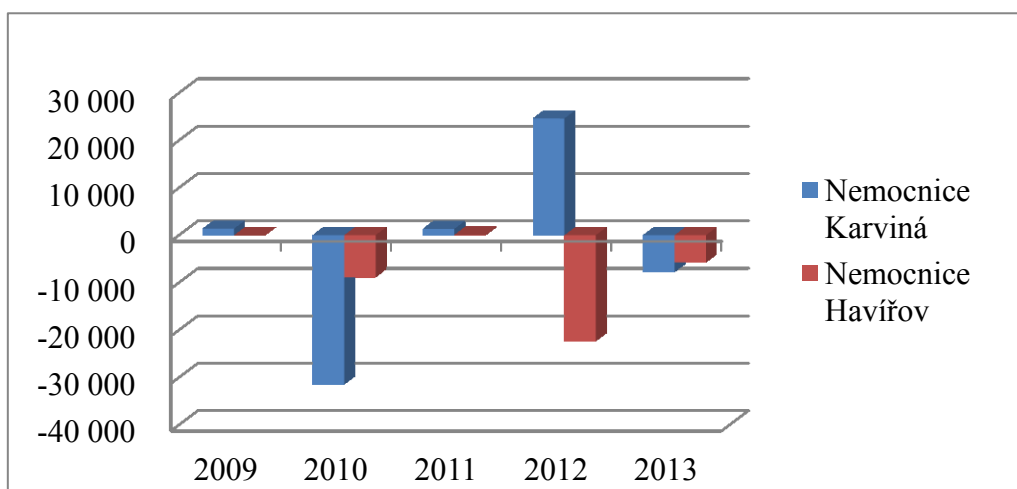
Nemocnice Havířov	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
VH za hlavní činnost po zdanění	-22 897,75	-27 585,47	-15 814,86	-39 422,16	-22 860,05
VH za doplňkovou činnost po zdanění	22 903,45	18 726,5	15 894,44	17 062,24	17 111,27
VH celkem po zdanění	5,7	-8 858,97	79,58	-22 359,92	-5 748,78

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Havířov za léta 2009-2013, vlastní zpracování.

V obou analyzovaných nemocnicích dosahovala hlavní činnost ztrátového hospodaření, s výjimkou Nemocnice Karviná v roce 2012. Tento rok byl jediným rokem, kdy výsledek hospodaření v hlavní činnosti v Nemocnici Karviná byl ziskový. Výsledek hospodaření za doplňkovou činnost byl u obou nemocnic ve sledovaném období vždy ziskový ale velmi odlišný, což bude více přiblíženo v následujících podkapitolách.

V níže uvedeném grafu (obr. 3.1) je pro lepší přehled znázorněn rozdíl mezi celkovým výsledkem hospodaření po zdanění u obou vybraných nemocnic. Shodně obě nemocnice dosahovaly ziskového hospodaření v letech 2009 a 2011 a ztrátového hospodaření v letech 2010 a 2013 s tím rozdílem, že v roce 2010 dosáhla Nemocnice Karviná výrazně vyšší ztráty v hospodaření oproti Nemocnici Havířov. Rozdílným rokem byl rok 2012, kdy nemocnice Karviná dosáhla velmi vysokého zisku (největšího v průběhu pěti sledovaných let), naopak Nemocnice Havířov zaznamenala velmi vysokou ztrátu (rovněž největší v průběhu pěti let). V roce 2013 – kdy došlo ke sloučení do personální unie - hospodařily obě nemocnice se ztrátou. Nemocnice Karviná přešla v meziroční srovnání od kladného výsledku hospodaření k zápornému. Hospodářský výsledek po zdanění byl ve výši - 7,8 mil. Kč, což je oproti předchozímu období pokles téměř o 30 mil. Kč. V Nemocnici Havířov došlo ke zlepšení hospodaření, ale vykázat kladný hospodářský výsledek se jí rovněž nepodařilo. Cíl personální unie – dosáhnout kladného výsledku hospodaření – tedy v roce 2013 naplněn nebyl.

Obr. 3.1 Výsledky hospodaření po zdanění v letech 2009–2013 (v tis. Kč)



Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za léta 2009–2013.

3.2.2 Výsledky hospodaření v hlavní činnosti

Hlavní činnost organizace je činnost, pro kterou byla nemocnice zřízena. Do hlavní činnosti obou nemocnic patří veškeré náklady a výnosy související s poskytováním a organizací lůžkové i ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče, včetně preventivních opatření v příslušném spádovém území určeném Nemocnici Karviná i Nemocnici Havířov. Do hlavní činnosti řadíme rovněž i náklady a výnosy související

se zajišťováním ostatních služeb týkající se poskytování zdravotní péče. Výsledky hospodaření v hlavní činnosti výrazně ovlivňují celkový výsledek hospodaření obou nemocnic. Je tedy velmi důležité, zda nemocnice hospodaří v hlavní činnosti ziskově nebo ztrátově.

Ve sledovaném období hospodařily nemocnice v hlavní činnosti ztrátově. Výjimku tvoří pouze rok 2012 u Nemocnice Karviná, kdy se nemocnici v hlavní činnosti podařilo hospodařit se ziskem necelých 14 mil. Kč (viz tab. 3.6).

Tab. 3.6 Výsledek hospodaření za hlavní činnost v letech 2009-2013 (v tis. Kč)

Nemocnice Karviná	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Náklady	976 392,43	987 056,30	1 002 802,35	942 905,47	931 130,60
Výnosy	975 084,47	952 918,01	1 001 401,32	956 774,93	911 653,31
VH po zdanění	-1 120,61	-34 138,3	- 1 401,03	13 869,47	-19 477,29
Nemocnice Havířov					
Náklady	629 757,76	657 876,49	641 168,78	641 521,45	644 033,66
Výnosy	606 860,01	630 291,02	625 353,92	602 099,29	621 173,61
VH po zdanění	-22 897,75	-27 585,47	-15 814,86	-39 422,16	-22 860,05

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za léta 2009-2013, vlastní zpracování.

Výsledek hospodaření v hlavní činnosti u **Nemocnice Karviná** měl v průběhu sledovaných let kolísající charakter. V roce 2010 dosahovalo hospodaření v hlavní činnosti ztráty 34,14 mil. Kč, což je ve srovnání s předchozím rokem velmi vysoký nárůst. Příčinou této velké ztráty je zvýšení nákladů o 10,66 mil. Kč a snížení výnosů o 22,16 mil. Kč. Na straně nákladové jsou důvodem vyšších nákladů především zvýšené mzdové náklady a s nimi související zákonné sociální pojištění. U těchto položek došlo k nárůstu o cca 25 mil. Kč. Tyto zvýšené náklady byly částečně vykompenzovány nižšími náklady na opravy a udržování a náklady za prodané zboží (snížení 17,4 mil. Kč).

Rok 2011 byl pro Nemocnici Karviná charakteristický velmi vysokými náklady i výnosy, které dosahovaly přes 1 mld. Kč. Podíl na zvýšení celkových nákladů měl především nárůst mzdových nákladů a zákonného sociálního pojištění (zvýšení o 10,58 mil. Kč) a také odpisy dlouhodobého majetku, u kterých došlo k navýšení o 20,2 mil. Kč. Na výnosové straně byly důvodem vyšších výnosů ostatní výnosy z činnosti a také finanční výnosy (oproti předchozímu roku nárůst o 39,45 mil. Kč.) a vyšší výnosy z prodeje vlastních

výrobků (zvýšení o 6 mil. Kč). Celkový výsledek hospodaření za hlavní činnost sice dosahoval ztráty, ale ve srovnání s předchozím rokem, byla tato ztráta velmi nízká.

Rok 2012 byl jediným rokem, kdy se nemocnici podařilo hospodařit se ziskovým výsledkem. Výsledek hospodaření v hlavní činnosti dosahoval 13,87 mil. Kč. V tomto roce sice došlo oproti roku 2011 ke snížení výnosů (o 44,62 mil. Kč), ale rovněž se snížily také náklady v hlavní činnosti a to o 60 mil. Kč. Na straně nákladů došlo oproti předchozímu roku k výraznému snížení mzdových nákladů a zákonného sociálního pojištění (snížení o 25,52 mil. Kč), snížení nákladů na spotřebu materiálu (11,3 mil. Kč) a snížení odpisů dlouhodobého majetku (22 mil. Kč), které ale v minulém roce byly mimořádně vysoké a v roce 2012 se vrátily k dlouhodobému průměru. Na straně výnosové došlo v tomto roce ke snížení výnosů z prodeje služeb (tržby od zdravotních pojišťoven) o cca 26 mil. Kč a poprvé za sledované období nebyla vykázána položka aktivace materiálu a zboží (tzn. přírůstek majetku v důsledku vlastní činnosti) ve výši 20 mil. Kč, což se na celkovém snížení výnosů výrazně projevilo. Oproti předchozímu roku se výrazně snížily ostatní výnosy z činnosti, které ale v roce 2011 byly mimořádné. Celkově tedy výnosy převyšovaly náklady a Nemocnice Karviná hospodařila s kladným výsledkem hospodaření. Zároveň se nemocnici podařilo snížit celkové náklady i výnosy a objem prostředků k hospodaření dosahoval pětiletého průměru.

V roce 2013 hospodařila Nemocnice Karviná se ztrátou 19,48 mil. Kč, která byla v průběhu sledovaných pěti let druhá nejvyšší. V tomto roce došlo ke sloučení obou nemocnic do personální unie s cílem snížit v budoucnosti náklady a dosáhnout kladného výsledku hospodaření. V roce 2013 se oběma nemocnicím ještě nepodařilo hospodařit se ziskem, což je ale vzhledem ke sloučení v měsíci dubnu tohoto roku logické. V Nemocnici Karviná se naopak ztrátové hospodaření ve srovnání s předchozím rokem zvýšilo. Cílem personální unie ovšem je i snížit celkové náklady. Přestože nemocnice vykázala ztrátové hospodaření, úspěchem bylo, že nedošlo k většímu nárůstu nákladů oproti předcházejícímu období. Celkové náklady se v roce 2013 snížily o 11,78 mil. Kč a byly nejnižšími náklady v průběhu sledovaných pěti let. Na straně nákladů došlo ke snížení nákladů osobních (mzdové náklady a zákonné pojištění) o 4 mil. Kč, jehož příčinou bylo meziroční snížení počtu zaměstnanců v důsledku optimalizace personálního vybavení. Další snížení nákladů zaznamenaly náklady na služby, u nichž došlo meziročně k poklesu o 7,3 mil. Kč a snížení nákladů na opravy a udržování (pokles o cca 2 mil. Kč). V roce 2013 došlo rovněž i k poklesu výnosů, které se ve srovnání s předchozím rokem snížily cca o 45,12 mil. Kč. Nejvýznamnější výnosovou

položku tvořily tržby od zdravotních pojišťoven, které se meziročně snížily o necelých 10 mil. Kč, což bylo způsobeno poklesem počtu hospitalizací. Na vysokém snížení výnosů oproti předcházejícímu roku se největší částí podílela položka ostatní výnosy – čerpání fondů, u které došlo meziročně k poklesu o 29 mil. Kč. V roce 2012 byl zúčtován nekrytý investiční fond ve výši 32 mil. Kč a v roce 2013 pouze ve výši 2,5 mil. Kč.

Výsledek hospodaření po zdanění v hlavní činnosti měl u **Nemocnice Havířov** rovněž kolísavý charakter. Na rozdíl od Nemocnice Karviná hospodařil v průběhu sledovaných pěti let vždy se ztrátou. Nejvyšší ztrátu zaznamenala nemocnice v roce 2012, karvinská nemocnice v tomto roce paradoxně hospodařila se ziskem. Náklady a výnosy se pohybovaly v průměru okolo 600 mil. Kč (Nemocnice Karviná vykazovala náklady a výnosy v objemu okolo 950 mil. Kč). V roce 2010 dosahovala ztráta v hospodaření 27,59 mil. Kč, což je ve srovnání s předchozím rokem zvýšení o 4,7 mil. Kč. Objem nákladů i výnosů dosahoval v roce 2010 nejvyšších hodnot za celé sledované období. V tomto roce došlo k nárůstu nákladů (o 28,12 mil. Kč) i výnosů (23,43 mil. Kč). Největší podíl na zvýšení nákladů měly osobní náklady, u kterých došlo k meziročnímu nárůstu o 30,56 mil. Kč a také nárůst nákladů na spotřebovaný materiál (zvýšení o cca 4 mil. Kč). Na zvýšení výnosů se z největší části podílely výnosy z prodeje služeb (tržby od zdravotních pojišťoven), které se oproti minulému období zvýšily o necelých 40 mil. Kč, ale současně došlo k meziročnímu poklesu tržeb za prodané zboží (3 mil. Kč) a proúčtování nenaplněného fondu reprodukce majetku (10 mil. Kč).

V roce 2011 hospodařila Nemocnice Havířov s nejnižší ztrátou v celém sledovaném období (15,81 mil. Kč). Výsledek hospodaření je ovlivněn především vyšší úsporou nákladů, než byl pokles výnosů. V meziročním srovnání došlo ke snížení nákladů o 16,7 mil. Kč. Výjimečně neměly na snížení nákladů podíl osobní náklady, které jak u Nemocnice Karviná tak u Nemocnice Havířov byly vždy hlavním zdrojem zvyšování nebo snižování nákladů, ale důvodem poklesu na nákladové straně byla nižší spotřeba materiálu (léky, potraviny pro pacienty, nákup speciálního zdravotnického materiálu), která meziročně poklesla o 21,6 mil. Kč. Co se týče výnosů, u těch došlo v meziročním srovnání ke snížení 4,9 mil. Kč. Důvodem byly nižší výnosy z prodeje služeb (pokles o 24 mil. Kč), které ovšem byly kompenzovány zvýšením ostatních výnosů z činnosti a zvýšenými transfery z územních rozpočtů.

Za rok 2012 vykazala Nemocnice Havířov v hlavní činnosti největší ztrátu ve sledovaném období. Záporný výsledek hospodaření se pohyboval na hranici 40 mil. Kč

a v meziročním srovnání se zvýšil více než dvojnásobně. Na nákladové straně nemocnice hospodařila se stejným objemem nákladů jako v předchozím roce, a nedošlo k žádnému výraznému zvýšení nebo snížení. Naopak u výnosů došlo k razantnímu snížení o 23,25 mil. Kč. Ztrátové hospodaření bylo ovlivněno především poklesem tržeb a ostatních výnosů od zdravotních pojišťoven oproti předcházejícímu období a poklesem výkonnosti nemocniční lékárny, konkrétně: zrušením stabilizačních příspěvků na lékaře a sestry o 18,2 mil. Kč, poklesem tržeb na prodané zboží o 3,5 mil. Kč a nastavením způsobu vyúčtování poskytnuté léčebné péče pro rok 2012 o 4,5 mil. Kč.

V roce 2013 kdy bylo provedeno již zmíněné sloučení nemocnic do personální unie, dosahoval výsledek hospodaření v Nemocnici Havířov rovněž záporných hodnot. Ztráta za hlavní činnost sice byla druhá nejnížší od roku 2009, ale přesto dost vysoká (necelých 23 mil. Kč). Ani Nemocnici Havířov se tedy sloučením do personální unie nepodařilo dosáhnout kladného výsledku hospodaření v hlavní činnosti, který výrazně ovlivňuje celkový výsledek hospodaření. Za úspěch může být považováno, že nedošlo k prohloubení ztráty ve srovnání s předchozím rokem. Na rozdíl od Nemocnice Karviná nedokázala havířovská nemocnice snížit celkové náklady. Náklady se meziročně zvýšily o cca 2,5 mil. Kč. Nejvýraznější nárůst se projevil v osobních nákladech (+ 10,24 mil. Kč), který byl způsoben navýšením zdravotnického personálu v souvislosti se zprovozněním nové lůžkové kapacity – oddělení ORL. Tento nárůst byl ovšem kompenzován nižšími náklady na spotřebovaný materiál (pokles o 6 mil. Kč) související se změnou logistického systému a v omezení některých nákladů (např. RTG materiálu díky zavedení digitalizace snímků, pokles o cca 1 mil. Kč). Výnosy se ve srovnání s předchozím rokem zvýšily o 19,07 mil. Kč. Nejvýznamnější vliv na celkové výnosy měly tržby od zdravotních pojišťoven (nárůst o 16 mil. Kč), tržby z prodeje zboží v lékárně (+ 2 mil. Kč) ovlivněný poskytováním slevy na recepty a také vyšší výnosy z transferů (meziročně o 3 mil. Kč).

Náklady hlavní činnosti jsou peněžní částky, které nemocnice v daném období účelně vynaložila na získání výnosů, i když k jejich skutečnému zaplacení nemuselo ve stejném období dojít (Knápková a kol., 2013, s. 37). Mezi náklady hlavní činnosti patří mzdy a zákonné sociální pojištění, spotřeba energie, spotřeba materiálu apod. Pro přehlednost jsou veškeré nákladové položky uvedeny v příloze č. 1 a v příloze č. 2. Pro snazší orientaci při srovnání celkových nákladů je níže uvedena tabulka 3.7, ve které jsou patrné rozdíly hodnot

celkových nákladů u obou nemocnic a jejich meziroční navyšování nebo snižování v procentech.

Tab. 3.7 Porovnání nákladů v hlavní činnosti za období 2009-2013 (v tis. Kč)

Nemocnice Karviná				Nemocnice Havířov		
Rok	Celkové náklady	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %	Celkové náklady	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %
2009	976 392	x	x	629 758	x	x
2010	987 056	10 664	1,09	657 876	28 118	4,46
2011	1 002 802	15 746	1,60	641 169	-16 707	-2,54
2012	942 905	-59 897	-5,97	641 521	352	0,05
2013	931 130	-1 775	-1,25	644 034	2 513	0,39

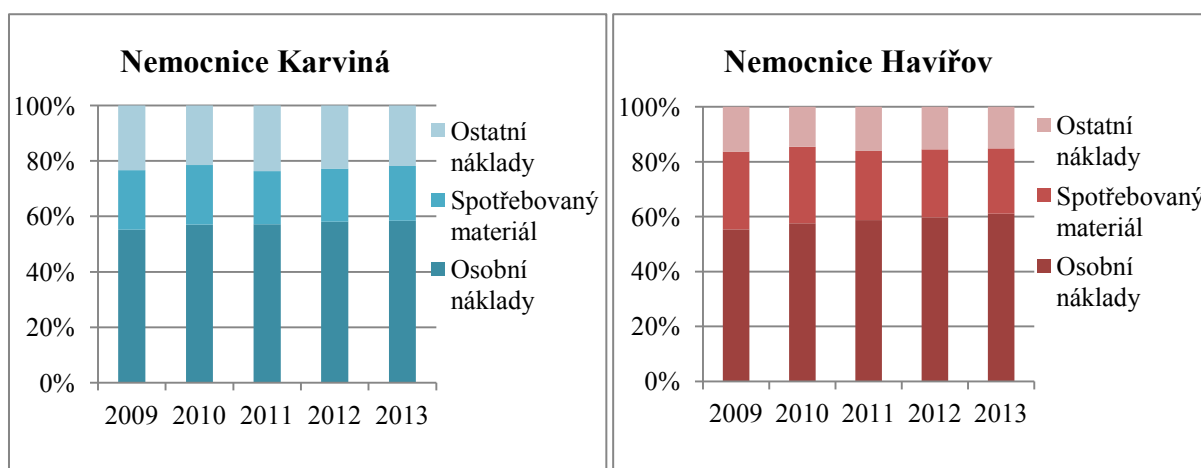
Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za léta 2009-2013, vlastní zpracování.

V průběhu let 2009 – 2011 mají v Nemocnici Karviná celkové náklady v hlavní činnosti rostoucí charakter. Za toto období došlo k meziroční změně, která oscilovala okolo 1 %. V roce 2012 nemocnice vykazala náklady o 5,97 % nižší, než byly v předchozím roce a v tendenci snižování nákladů pokračovala i v dalším roce, ovšem už s nižším meziročním rozdílem. V Nemocnici Havířov měly celkové náklady rostoucí charakter po celé sledované období. K nejvýraznějším změnám došlo v roce 2010, kdy oproti předchozímu roku vzrostly tyto náklady o necelých 4,5 % a v roce 2011, kdy se náklady naopak snížily o 2,54 % ve srovnání s předchozím rokem.

Náklady nemocnic jsou z více než 75 % tvořeny položkami dvou účtových skupin a to osobními náklady (mzdové náklady a zákonné sociální pojištění) a spotřebovaným materiálem. S ohledem na tuto skutečnost byla provedena analýza vývoje základních nákladových položek v jednotlivých letech sledovaného období.

V následujícím obrázku (obr. 3.2) jsou znázorněny podíly jednotlivých nákladů na celkových nákladech hlavní činnosti u obou nemocnic ve sledovaném období. Zbylé nákladové položky, které nejsou vymezeny výše jako základní položky, jsou pro lepší přehled zahrnuty do jednotné kategorie „ostatní náklady“. Tuto kategorii tvoří položky: opravy a udržování, spotřeba energie, prodané zboží (pouze u Nemocnice Karviná), odpisy dlouhodobého majetku atd.

Obr. 3.2 Podíl jednotlivých nákladů na celkových nákladech v letech 2009 - 2013



Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov, vlastní zpracování.

Na základě výše uvedeného obrázku 3.2 lze konstatovat, že největší podíl na celkových vynaložených nákladech představují osobní náklady tvořené mzdovými náklady a zákonným pojištěním, které dosahují až 60% podílu. Nákladová položka spotřeba materiálu dosahuje u obou nemocnic rozdílných podílů. Zatímco v Nemocnici Karviná se podíl spotřeby materiálu na celkových nákladech pohybuje těsně na hranici 20 %, v Nemocnici Havířov dosahuje tento podíl k 25 %. V grafu také můžeme vidět rozdíl podílů v ostatních nákladech. V Nemocnici Karviná tvoří ostatní náklady větší část z celkového objemu nákladů než v Nemocnici Havířov, z čehož vyplývá, že v Nemocnici Havířov tvoří dvě základní účtové skupiny (osobní náklady a spotřeba materiálu) 85 % celkových vynaložených nákladů za hlavní činnost. Naopak v Nemocnici Karviná se tento podíl dvou účtových skupin pohybuje pod hranicí 80 %. Důvodem tohoto rozdílu jsou náklady na prodané zboží (průměrně 75 mil. Kč) začleněné do kategorie ostatní náklady, které Nemocnice Karviná vykazuje právě v hlavní činnosti, na rozdíl od Nemocnice Havířov, která tyto náklady vykazuje v činnosti doplňkové. V celkovém srovnání můžeme konstatovat, že podíly jednotlivých nákladů na celkových nákladech hlavní činnosti se v průběhu sledovaného období nijak výrazně neměnily.

Jak už bylo zjištěno, každoročně se největší mírou na celkových nákladech hlavní činnosti podílejí výdaje na mzdy neboli **osobní náklady**, bez kterých se žádná nemocnice neobejde. S ohledem na tuto skutečnost byla provedena analýza vývoje osobních nákladů v jednotlivých letech sledovaného období. V tabulce 3.8 lze porovnat vývoj mzdových nákladů v obou nemocnicích v průběhu let 2009–2013.

Tab. 3.8 Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

Období	Nemocnice Karviná			Nemocnice Havířov		
	Celkové náklady	Mzdové náklady	% podíl z celkových nákladů	Celkové náklady	Mzdové náklady	% podíl z celkových nákladů
2009	976 392	538 726	55%	629 758	348 434	55%
2010	987 056	562 760	57%	657 876	379 030	58%
2011	1 002 802	573 341	57%	641 169	376 750	59%
2012	942 905	547 818	58%	641 521	382 793	60%
2013	931 130	544 109	58%	644 034	393 030	61%

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

Mzdové náklady mají v Nemocnici Karviná rostoucí charakter až do roku 2011, poté se s každým rokem snižovaly. Přestože se do roku 2011 mzdové náklady zvyšovaly, celkový počet zaměstnanců se v celém sledovaném období každoročně snižoval. V roce 2010 se přepočtený průměrný počet zaměstnanců snížil z 1412,23 na 1407,54 pracovníků, ale u mzdových nákladů došlo k navýšení. Důvodem tohoto navýšení bylo nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě. Na základě tohoto nařízení došlo k úpravám platových tříd zaměstnanců, převážně u nelékařských zdravotnických pracovníků. V roce 2011 panovala stejná situace jako v předcházejících letech, kdy docházelo ke snižování počtu zaměstnanců doplňované růstem mzdových nákladů. Počet zaměstnanců se výrazně snížil (o 46,59 úvazku), ale u mzdových nákladů došlo k navýšení o 10,58 mil. Kč. Na vině je na jedné straně vysoký úbytek pracovníků v kategorii dělník a všeobecné sestry a na druhé straně úprava platových tříd lékařů, kterým se navýšila průměrná mzda až o 10 tis. Kč měsíčně. V následujícím roce už došlo ke snížení mzdových nákladů související s výrazným úbytkem počtu zaměstnanců (pokles o 168,95 úvazku). K největším personálním změnám došlo v kategorii všeobecné sestry a dělníci. Tyto dvě kategorie se na celkovém snižování zaměstnanců účastnili až 73% podílem. Co se týče procentního podílu mzdových nákladů, tak ten se od roku 2009 navýšil o 3 %.

Rozdílný vývoj měly mzdové náklady v Nemocnici Havířov. Zde každoročně docházelo k jejich navýšení kopírované navýšením zaměstnanců nemocnice, s výjimkou roku 2011, kdy se mzdové náklady snížily o 2,28 mil. Kč ve srovnání s předchozím rokem. Důvodem tohoto poklesu bylo výrazné snížení počtu zaměstnanců nemocnice. Rok 2011 byl pro Nemocnici Havířov charakterizován snahou o redukování zdrojů s co nejšetrnějším dopadem na personál organizace. Snižování stavu zaměstnanců se provádělo průběžně

a maximálně se využívalo přesun personálu při přirozených odchodech do jiných zařízení a odchodech do důchodů. Průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců se v roce 2011 snížil z 883,79 na 849,81 pracovníků. V roce 2011 sice došlo k zákonnému navýšení základního tarifního platu podle jednotlivých tříd a k úpravě úhradové vyhlášky, která pokryla část rostoucích nákladů na platy zdravotníků, ale úbytek zaměstnanců byl větší než tento nárůst a celkové mzdové náklady se tedy v roce 2011 snížily. Od roku 2012 opět docházelo k nárůstu mzdových nákladů, přestože se přepočtený evidenční počet zaměstnanců v roce 2012 snížil. Hlavní podíl na celkovém snížení zaměstnanců nemocnice měl pokles zaměstnanců v kategorii dělník z důvodu výrazného omezení projektu dotovaného MPSV ČR k vytvoření pracovních příležitostí v rámci veřejně prospěšných prací. Tyto pracovní příležitosti byly nahrazeny výkonem veřejné služby, která byla nemocnici poskytována bezplatně a bez smluvního vztahu. V roce 2012 také došlo k poklesu počtu všeobecných sester související s přechodným uzavřením infekčního oddělení, snížení stavu ošetřovatelů a sanitářů. Naopak došlo k nárůstu lékařů z důvodu rozšíření personálních zdrojů na anesteziologicko-resuscitačním, interním, psychiatrickém, urologickém a cévním oddělení. Za růstem mzdových nákladů tedy stojí poměrně vyšší počet lékařů, kteří byli v roce 2012 přijatí do pracovního poměru a také nárůst průměrných platů u lékařů o necelé 4 tis. Kč ve srovnání s předcházejícím rokem. Celkem se procentní podíl mzdových nákladů z celkových nákladů od roku 2009 do konce sledovaného období navýšil o 6 %.

Důležité je rovněž analyzovat změny, které nastaly sloučením nemocnic do personální unie v roce 2013. Jak už bylo poznamenáno, hlavním důvodem sloučení nemocnic bylo snížení celkových nákladů, tedy i nákladů osobních. Rok 2013 znamenal zásadní personální změny v top managementu nemocnic. Model řízení personální unie představuje vedení dvou nemocnic s oddělenou právní subjektivitou jedním ředitelem, ekonomicko-personálním náměstkem a provozně-technickým náměstkem. Snaha o optimalizaci nákladů souvisí s očekáváním budoucí úspory ve mzdových nákladech a zefektivňování činnosti zaměstnanců na řídicích pozicích.

V Nemocnici Karviná se v roce 2013 podařilo dosáhnout snížení celkových nákladů hlavní činnosti a rovněž se snížily také mzdové náklady (meziročně o 3,7 mil. Kč). Naopak Nemocnice Havířov vykázala v roce 2013 vyšší celkové náklady o 2,51 mil. Kč ve srovnání s předchozím rokem a také u mzdových nákladů došlo k růstu o 10,24 mil. Kč ve srovnání

s předchozím rokem. Následující tabulka (tab. 3.9) analyzuje změny v počtu zaměstnanců nemocnice, ke kterým došlo v roce 2013.

Tab. 3.9 Přepočtený průměrný evidenční počet zaměstnanců dle kategorií ve vybraných nemocnicích v letech 2012 a 2013

Přepočtený počet zaměstnanců dle kategorií	Nemocnice Karviná		Nemocnice Havířov	
	2012	2013	2012	2013
Lékaři	119,15	124,75	112,45	122,41
Farmaceuti	13,75	12,00	5,00	4,84
Všeobecné sestry, porodní asistentky	443,29	438,94	326,44	334,29
Ostatní zdravotní pracovníci nelékaři	370,38	362,76	243,54	255,54
Technicko-hospodářští pracovníci	99,37	90,66	51,03	52,40
Dělníci	146,06	141,97	89,79	93,37
Celkem	1 192,00	1 171,08	828,25	862,85

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za rok 2012 a 2013, vlastní zpracování.

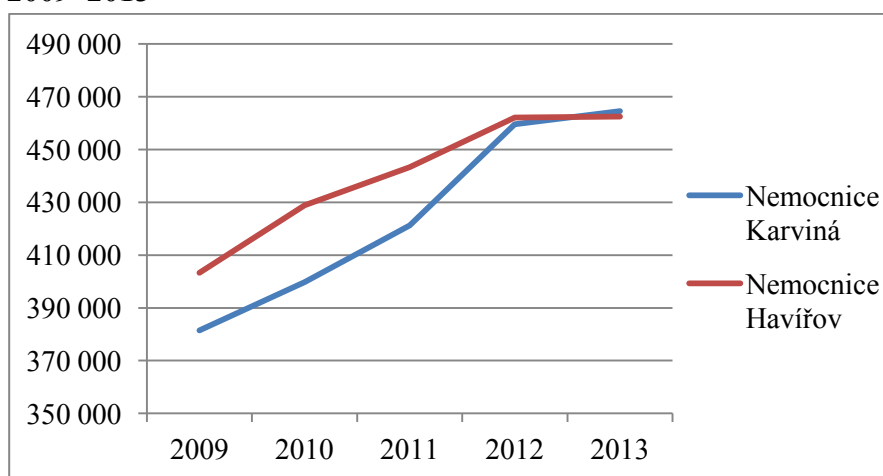
Nemocnice Karviná zaznamenala v roce 2013 úbytek počtu zaměstnanců o 20,92 úvazku. K největšímu snížení pracovníků došlo v kategorii THP, do které spadají např. náměstci, asistentky a účetní (pokles o 8,71 úvazku). Za tímto snížením stojí právě sloučení do personální unie s Nemocnicí Havířov a snaha o úsporu osobních nákladů díky sjednocení organizační struktury v první linii a sloučení některých pracovních pozic. V roce 2013 se v Nemocnici Karviná navýšil pouze počet lékařů (navýšení o 5,60 úvazku). Naprosto odlišná situace nastala v Nemocnici Havířov. V meziročním srovnání let 2012 a 2013 je patrný nárůst zaměstnanců v celkovém počtu 34,35 úvazku. Zejména pak nárůst počtu lékařů o 9,96 úvazku, všeobecných sester o 7,85 úvazku a 12 úvazku ostatních zdravotnických pracovníků související s průběžným rozšiřováním personálních zdrojů na oddělení urologickém, cévním, psychiatrickém a oddělení ORL. S tímto zvýšeným počtem zaměstnanců souvisí i zvýšené mzdové náklady v roce 2013.

Na základě všech uvedených skutečností lze konstatovat, že snížení nebo zvýšení mzdových nákladů ne vždy souvisí se zvýšením nebo naopak snížením počtu zaměstnanců. Vliv na změnu mzdových nákladů má mnoho dalších faktorů, kterými jsou např. různá nařízení vlády, změna platových tříd, změny v úhradové vyhlášce. Úspora mzdových nákladů související se sloučením nemocnic do personální unie nastala v Nemocnici Karviná, kde se výrazně snížil počet pracovníků v kategorii THP. Z tohoto pohledu byl cíl personální unie splněn. V Nemocnici Havířov konečná úspora mzdových nákladů nenastala z důvodu

navýšení počtu lékařů, všeobecných sester a ostatních zdravotnických pracovníků související s rozšiřováním personálních zdrojů na několika odděleních.

Následující obrázek 3.3 zachycuje vývoj osobních nákladů na jednoho zaměstnance v obou analyzovaných nemocnicích. Z obrázku 3.3 je patrný růst osobních nákladů v celém sledovaném období. Mezi nemocnicemi je na začátku sledovaného období poměrně velký rozdíl, který se ale v průběhu let 2012 a 2013 vyrovnává. Na vině je velmi výrazné snižování počtu zaměstnanců v Nemocnici Karviná, ale poměrně malý pokles mzdových nákladů.

Obr. 3.3 Vývoj osobních nákladů na jednoho zaměstnance v letech 2009–2013



Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009 – 2013.

Výnosy hlavní činnosti můžeme definovat jako peněžní částky, které nemocnice získala z veškerých svých činností za dané účetní období bez ohledu na to, zda v tomto období došlo k jejich inkasu (Knápková a kol., 2013, s. 37). Mezi nejvýznamnější výnosy hlavní činnosti řadíme tržby z prodeje služeb, tržby za prodané zboží, výnosy z prodeje materiálu, výnosy z transferů apod. Pro snazší orientaci a lepší přehlednost při srovnání celkových výnosů je níže uvedena tabulka 3.10, ve které jsou patrné rozdíly hodnot celkových výnosů u obou nemocnic a jejich meziroční změnu v procentech. Rovněž jsou i veškeré výnosové položky uvedeny v příloze č. 3 a v příloze č. 4.

Tab. 3. 10 Porovnání výnosů v hlavní činnosti v letech 2009-2013 (v tis. Kč)

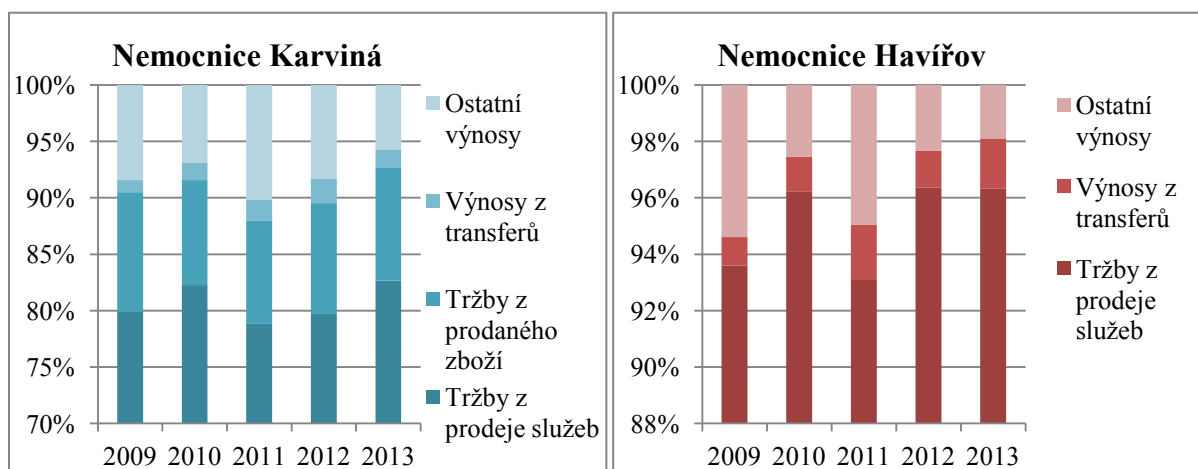
Rok	Nemocnice Karviná			Nemocnice Havířov		
	Celkové výnosy	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %	Celkové výnosy	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %
2009	975 084	x	x	606 860	x	x
2010	952 918	- 22 166	- 2,27	630 291	23 431	3,86
2011	1 001 401	48 483	5,09	625 354	- 4 937	- 0,78
2012	956 775	- 44 626	- 4,46	602 099	- 23 255	- 3,72
2013	911 653	- 45 122	- 4,72	621 174	19 074	3,17

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

V celém sledovaném období mají výnosy v hlavní činnosti kolísavý charakter u obou nemocnic. Nemocnice Karviná vykázala zvýšení celkových výnosů pouze v roce 2011, kdy došlo k mimořádnému nárůstu o 5,09 % ve srovnání s předchozím rokem. Od roku 2011 nemocnice své výnosy snižovala v průměru o 4,5 % každý rok a v roce 2013 pak vykázala nejnižší výnosy v celém sledovaném období. Ve srovnání s rokem 2011 dosahovala nižších výnosů až o 89,75 mil. Kč. Za tímto snižováním výnosů stojí pokles tržeb z prodeje služeb, především pokles tržeb od zdravotních pojišťoven, které je způsobeno poklesem počtu hospitalizací, jak již bylo uvedeno v předcházející podkapitole 3.1 a také snižování výnosů z transferů, které se meziročně snižují průměrně o 5,2 mil. Kč. V Nemocnici Havířov došlo k meziročnímu navýšení výnosů celkem dvakrát. Poprvé v roce 2010, kdy se výnosy v hlavní činnosti zvýšily o necelé 4 % ve srovnání s předchozím rokem. Za tímto zvýšením stojí nárůst v tržbách od zdravotních pojišťoven a za ostatní zdravotnické úkony nehrazené zdravotními pojišťovnami (především regulační poplatky). V dalším roce došlo k mírnému poklesu výnosů a meziroční změna nedosahovala ani 1 %. V roce 2012 už nemocnice vykázala podstatnější snížení výnosů (pokles o 23,26 mil. Kč) související s poklesem v účetní položce ostatní výnosy, který je výsledkem zrušení příspěvků na stabilizaci mezd lékařů a sester od zdravotních pojišťoven (- 18,3 mil. Kč). Zbývající část snížených výnosů tvořily dosažené tržby od zdravotních pojišťoven, které byly meziročně nižší o 4,5 mil. Kč. Zatímco Nemocnice Karviná zaznamenala v roce 2013 největší pokles výnosů v celém sledovaném období. Nemocnice Havířov vykázala meziročně nárůst výnosů o 3,17 % a v celkovém porovnání dosáhla třetích nejvyšších výnosů za pětileté období. Nejvýznamnější vliv na celkové výnosy měly tradičně tržby od zdravotních pojišťoven, které se meziročně zvýšily o cca 17 mil. Kč. Tento rozdíl byl ovlivněn vyúčtováním zdravotní péče za rok 2012 a zaúčtováním dohadných položek roku 2013.

Zásadními výnosovými položkami z hlediska jejich podílu na celkových výnosech hlavní činnosti jsou tržby z prodeje služeb, tržby za prodané zboží a výnosy z transferů (příspěvky a dotace na provoz). S ohledem na tyto skutečnosti byla provedena analýza vývoje základních výnosových položek a jejich podílu na celkových výnosech v hlavní činnosti. Další výnosy, které nejsou uvedeny jako základní, jsou shrnuty do jedné kategorie s názvem „ostatní výnosy“. V následujícím obrázku (obr. 3.4) jsou znázorněny podíly jednotlivých výnosů na celkových výnosech v hlavní činnosti v Nemocnici Karviná a Nemocnici Havířov.

Obr. 3.4 Podíl jednotlivých výnosů na celkových výnosech v letech 2009-2013



Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013

Výše uvedený graf na obrázku (obr. 3.4) pro lepší srovnání a přehled nezobrazuje hodnoty od 0 do 100 %, ale pouze vyšší hodnoty. Tržby z prodeje služeb dosahují velmi vysokých podílů a ostatní položky by v celkovém grafu byly málo patrné. Graf znázorňující podíly jednotlivých výnosů na celkových výnosech v Nemocnici Karviná zahrnuje tři nejpodstatnější účetní položky, kterými jsou tržby z prodeje služeb, tržby z prodaného zboží a výnosy z transferů. Mírně rozdílný je graf pro Nemocnici Havířov, který nezahrnuje položku tržby z prodaného zboží, jelikož tato nemocnice vykazuje jak tržby, tak i náklady za prodané zboží v doplňkové činnosti, nikoliv v činnosti hlavní jako Nemocnice Karviná. Jak už bylo uvedeno, největšího podílu na celkových výnosech dosahují tržby z prodeje služeb, které jsou tvořeny tržbami od zdravotních pojišťoven. V Nemocnici Karviná tvořily průměrně 80 % všech výnosů a největšího podílu dosáhly v letech 2010 a 2013. Druhá nejvyšší výnosy byly tržby z prodaného zboží vykazující průměrně 10 % všech výnosů v hlavní činnosti. Přestože jsou výnosy z transferů třetí nejvyšší výnosovou položkou, v celkovém srovnání dosahují přibližně 3 %. Ostatní výnosy tvořené tržbami z pronájmu, tržbami z prodeje materiálu, čerpáním fondů atd. dosahují průměrně podílu od 5 do 10 %. Největšího

podílu dosáhly v roce 2011, ve kterém nemocnice vykazovala vysoké výnosy v položkách aktivace materiálu a zboží (vyrobený materiál a zboží ve vlastní režii) a ostatní výnosy z činnosti. V Nemocnici Havířov dosahovaly tržby z prodeje služeb mnohem vyššího podílu (průměrně 95 %) na celkových výnosech než v Nemocnici Karviná. Jedním z důvodů takto vysokého podílu je již zmiňovaná absence tržeb z prodaného materiálu v hlavní činnosti, který nemocnice vykazuje v doplňkové činnosti. Dle grafu vidíme, že podíly tržeb z prodeje služeb a ostatních výnosů měly v průběhu sledovaného období kolísavý charakter. V letech 2009 a 2011 tvořila položka ostatní výnosy podíl vyšší než 5 %, zatímco ve zbývajících letech nedosahovala ani 3 %. Největší část na zvýšení celkového podílu ostatních výnosů měly zvýšené výnosy v položce tržby za finanční bonusy na léky, které překročily plánované hodnoty o 4 mil. Kč i při snížení cen léků a zároveň výrazně snižovaly poklesy tržeb od zdravotních pojišťoven. Výnosy z transferů dosahovaly v Nemocnici Havířov podobného podílu z celkových výnosů jako v Nemocnici Karviná (podíl okolo 1 – 2 %), a nijak výrazně se v průběhu sledovaného období neměnily.

3.2.3 Výsledky hospodaření v doplňkové činnosti

Doplňková činnost vždy navazuje na hlavní účel nemocnice a zřizovatel vymezí okruhy doplňkové činnosti ve zřizovací listině. Doplňková činnost slouží k tomu, aby nemocnice mohla lépe využívat všechny své hospodářské možnosti a odbornost svých zaměstnanců. Zároveň nesmí tato činnost narušovat plnění hlavních účelů nemocnice a sleduje se vždy odděleně. Prostřednictvím doplňkové činnosti se obě nemocnice snaží o co nejlepší využití veškerého ekonomického potenciálu a jedná se o nejsnazší způsob, jakým mohou dospět ke zlepšenému hospodářskému výsledku, který je následně zdrojem jejich peněžních fondů. Mezi nejvýznamnější doplňkovou činnost obou nemocnic řadíme např. pronájem nebytových prostor, ubytovací služby, lékárenskou činnost, hostinskou činnost, specializovaný maloobchod. Doplňková činnost by měla být vždy zisková a dosažený zisk by měl být použit výhradně ve prospěch hlavní činnosti, především ke snížení neziskovosti z hlavní činnosti.

Ve sledovaném období hospodařily obě nemocnice v doplňkové činnosti ziskově. Přehled dosaženého zisku znázorňuje následující tabulka (tab. 3.11).

Tab. 3.11 Výsledek hospodaření za doplňkovou činnost v letech 2009-2013 (v tis. Kč)

Nemocnice Karviná	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Náklady	7 617,26	7 359,99	7 789,89	8 848,73	8 958,36
Výnosy	10 106,35	9 996,49	10 502,00	19 590,99	20 630,58
VH po zdanění	2 491,37	2 636,5	2 712,11	10 742,27	11 672,21
Nemocnice Havířov					
Náklady	106 102,33	90 705,66	92 000,8	85 504,97	91 115,21
Výnosy	129 005,68	109 432,16	107 895,24	102 567,21	108 226,49
VH po zdanění	22 903,45	18 726,5	15 894,44	17 062,24	17 111,27

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za léta 2009-2013, vlastní zpracování.

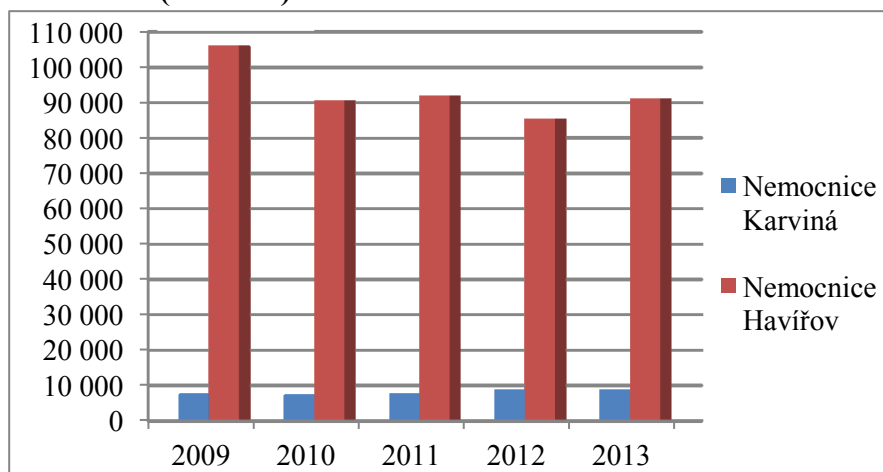
Obdobně jako u hlavní činnosti se i výsledek hospodaření po zdanění za doplňkovou činnost vyvíjí proměnlivě, ale v každém roce sledovaného období dosáhl výsledek hospodaření zisku. V obou nemocnicích byl kladný výsledek hospodaření vždy použit ve prospěch hlavní činnosti. V **Nemocnici Karviná** se výsledek hospodaření v celém sledovaném období meziročně zvyšoval. V letech 2009-2011 bylo zvýšení výsledku hospodaření velmi malé, v průměru okolo 100 tis. Kč. Značný nárůst zaznamenala nemocnice v roce 2012, kdy se výsledek hospodaření meziročně zvýšil o 8,03 mil. Kč. Za tímto výrazným zvýšením stojí nárůst výnosů o 9,09 mil. Kč, kdy se nemocnici zvýšily výnosy z pronájmu prostor cizím subjektům zejména na Poliklinice v Karviné-Mizerově a v Nemocnici s poliklinikou v Orlové. V roce 2013 opět došlo k navýšení celkového výsledku hospodaření, který už ovšem nebyl tak markantní jako v předcházejícím roce. Výsledky hospodaření za doplňkovou činnost měly v **Nemocnici Havířov** kolísající charakter. Do roku 2011 se meziročně snižovaly v průměru o 3 mil. Kč a od roku 2012 u nich meziročně docházelo k růstu. Velikost výsledku hospodaření za doplňkovou činnost je v Nemocnici Havířov výrazně odlišný od výsledku hospodaření v Nemocnici Karviná. Důvodem vyššího výsledku hospodaření je účtování nákladů i výnosů za prodané zboží v doplňkové činnosti, zatímco Nemocnice Karviná tuto položku vykazuje v hlavní činnosti. Tato skutečnost je i důvodem mnohonásobně vyšších nákladů a výnosů za doplňkovou činnost. V průběhu sledovaného období, ale v Nemocnici Havířov nedošlo k výraznějším výkyvům ve výsledcích hospodaření, jako tomu bylo v Nemocnici Karviná.

Náklady doplňkové činnosti jsou náklady související s provozováním jiné činnosti nemocnice. Nejvýznamnější nákladové položky jsou u obou nemocnic rozdílné. V Nemocnici Karviná vykazuje největší podíl na celkových nákladech spotřeba energie, která dosahuje

až 70% podílu, zbylý podíl zauímají nákladové položky spotřeba materiálu, mzdové náklady, opravy a udržování a ostatní služby. V Nemocnici Havířov se největším podílem na celkových nákladech podílí prodané zboží (téměř 90%), dále pak mzdové náklady, spotřeba energie, odpisy dlouhodobého majetku a ostatní náklady.

Na obrázku (obr. 3.5) lze pozorovat výrazné rozdíly mezi náklady v Nemocnici Karviná a v Nemocnici Havířov. Zatímco v první uvedené nemocnici nedosahují náklady v celém sledovaném období ani 10 mil. Kč, v Nemocnici Havířov oscilují okolo 90 mil. Kč. Výjimkou byl pouze rok 2009, kdy náklady v doplňkové činnosti dosahovaly až k 106 mil. Kč. Za tímto rozdílem stojí již zmiňované účtování prodaného zboží do doplňkové činnosti.

Obr. 3.5 Vývoj celkových nákladů v doplňkové činnosti v letech 2009–2013 (v tis. Kč)



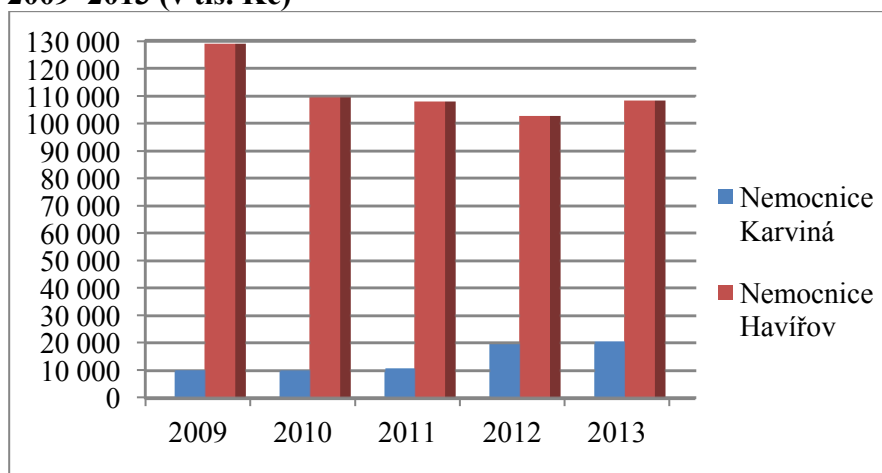
Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov za léta 2009–2013

Výnosy doplňkové činnosti jsou výnosy, kterých nemocnice dosahuje poskytováním jiné činnosti uvedené ve zřizovací listině. Rovněž jako nákladové položky jsou i významné výnosové položky u obou nemocnic rozdílné. V Nemocnici Karviná tvoří největší podíl na celkových výnosech položka výnosy z pronájmu (za poslední dva roky až 60% podíl, cca 11 mil. Kč) a dále pak výnosy z prodeje služeb (průměrně 2 mil. Kč) a ostatní výnosy z činnosti (5,2 mil. Kč). V Nemocnici Havířov patří největší podíl na celkových výnosech tržbám za prodané zboží (opět až 90% podíl), zbylý podíl zauímají tržby z prodeje služeb (4,5 mil. Kč), ostatní výnosy z činnosti (4,2 mil. Kč) a výnosy z pronájmu (1,5 mil. Kč).

V následujícím obrázku je pro lepší přehled znázorněn rozdíl mezi celkovými výnosy v doplňkové činnosti u obou nemocnic. Opět je patrná výrazná odlišnost způsobená

úctováním tržeb za prodané zboží do vedlejší činnosti. Výnosy v Nemocnici Karviná oscilovaly v letech 2009–2011 okolo hranice 10 mil. Kč a v dalších dvou letech došlo k nárůstu až k hranici 20 mil. Kč způsobené zvýšenými výnosy z pronájmu. Naopak výnosy v Nemocnici Havířov se v letech 2009 – 2012 snižovaly z prvotních 129 mil. Kč až na hranici 100 mil. Kč. Tato skutečnost souvisí s výkyvy ve výnosech z ostatní činnosti a také ve výnosech za prodané zboží. V roce 2013 opět výnosy v doplňkové činnosti vzrostly zásluhou vyšších výnosů za prodané zboží.

Obr. 3.6 Vývoj celkových výnosů v doplňkové činnosti v letech 2009–2013 (v tis. Kč)



Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009–2013.

V celkovém srovnání nákladů a výnosů za doplňkovou činnost u obou nemocnic lze konstatovat, že k hlavním rozdílům řadíme výši výnosů a nákladů mezi oběma nemocnicemi z důvodu rozdílného účtování prodaného zboží, které následně způsobuje velmi odlišné hodnoty celkových nákladů a výnosů. Další rozdílnost mezi oběma nemocnicemi spočívá ve výši výnosů z pronájmu. Zatímco Nemocnice Karviná získává z této výnosové položky ročně až 11 mil. Kč, Nemocnice Havířov dosahuje zisku okolo 1,5 mil. Kč.

4 Zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic a návrhy ke zlepšení hospodaření

V souladu s cílem práce je tato kapitola zaměřena na zhodnocení hospodaření obou vybraných nemocnic a návrhy na případná opatření týkající se hospodaření nemocnic. V této kapitole bude rovněž provedena finanční analýza nemocnic dle hodnotících ukazatelů, které poskytují informace o finančním zdraví nemocnic v České republice. Finanční analýza vychází z hodnotících ukazatelů stanovených pro příspěvkové organizace institucí HealthCare Institute.

4.1 Zhodnocení hospodaření vybraných nemocnic

V průběhu sledovaného období hospodařily obě nemocnice ztrátově i ziskově. **Nemocnice Karviná** hospodařila se zlepšeným hospodářským výsledkem v letech 2009, 2011 a 2012. V prvních dvou zmíněných letech vykazovala zisk ve výši 1,3 mil. Kč a v roce 2012 se ji podařilo dosáhnout zisku až k hodnotě 24,6 mil. Kč. Za tímto výsledkem stojí především výrazné snížení nákladů v hlavní činnosti (pokles mzdových nákladů a spotřeby materiálu) a zvýšení výnosů v doplňkové činnosti související se zvýšením výnosů z pronájmu prostor cizím subjektům. V letech 2010 a 2013 hospodařila Nemocnice Karviná se ztrátou. V roce 2010 nemocnice vykazovala ztrátu až ve výši 31,5 mil. Kč, jejímž důvodem byly příliš vysoké mzdové náklady (meziročně nárůst 15 mil. Kč) a vysoké náklady na spotřebu materiálu. V posledním roce sledovaného období dosahovala Nemocnice Karviná ztráty necelých 8 mil. Kč. Důvodem této ztráty je značné meziroční snížení výnosů o 45 mil. Kč související s poklesem tržeb od zdravotních pojišťoven způsobené snížením počtu hospitalizací, poklesem výnosů z transferů a také snížením výnosů v položce ostatní výnosy z činnosti, kde bylo výrazně nižší čerpání fondů než v předcházejícím roce. **Nemocnice Havířov** hospodařila s kladným výsledkem hospodaření pouze v letech 2009 a 2011. Tento zlepšený hospodářský výsledek se sice pohyboval jen v řádech několika tisíců, což ale není u nemocnic nic neobvyklého, neboť nejsou zakládány za účelem dosahování zisku. Kladný výsledek hospodaření vykazala nemocnice především dosažením nižšího výsledku hospodaření v hlavní činnosti. V ostatních letech sledovaného období hospodařila nemocnice se ztrátou. Záporný výsledek hospodaření se už ale pohyboval v řádech několika milionů. Největší ztráty dosáhla nemocnice v roce 2012, kdy vykazovala ztrátu ve výši 22,4 mil. Kč.

Na tento výsledek hospodaření měly vliv především snížené výnosy v hlavní činnosti spojené s poklesem v položce ostatní výnosy, který je výsledkem zrušení příspěvků na stabilizaci mezd lékařů a sester od zdravotních pojišťoven a také snížení tržeb od zdravotních pojišťoven. V letech 2010 a 2013 vykazovala nemocnice ztrátové hospodaření v průměru okolo 7 mil. Kč.

Co se týče hospodaření v hlavní a doplňkové činnosti, tak obě analyzované nemocnice vykazovaly v průběhu sledovaného období v hlavní činnosti téměř vždy ztrátu. Jedinou výjimkou byl rok 2012 u Nemocnice Karviná, kdy se jí podařilo hospodařit s kladným výsledkem hospodaření. Důvodem je především výrazné snížení mzdových nákladů doprovázené výrazným poklesem počtu zaměstnanců a také snížení nákladů na spotřebu materiálu. Na výnosové straně sice také došlo ke snížení, které ovšem nebylo tak markantní jako snížení nákladů, což následně způsobilo kladný výsledek hospodaření. V doplňkové činnosti dosahovaly obě nemocnice zisku v průběhu celého sledovaného období a splnily tak poslání a účel, pro který byla doplňková činnost zřízena ve zřizovací listině.

Podrobnější zhodnocení hospodaření nemocnic je provedeno na základě finanční analýzy za použití vybraných hodnotících ukazatelů. Instituce HealthCare Institute stanovuje několik ukazatelů, které je nutné sledovat pro zjištění finančního zdraví nemocnic. Mezi tyto ukazatele patří – celková zadluženost, běžná likvidita, rentabilita aktiv, rentabilita vlastních zdrojů, doba obratu aktiv, doba inkasa pohledávek a doba splatnosti krátkodobých závazků.

4.1.1 Celková zadluženost

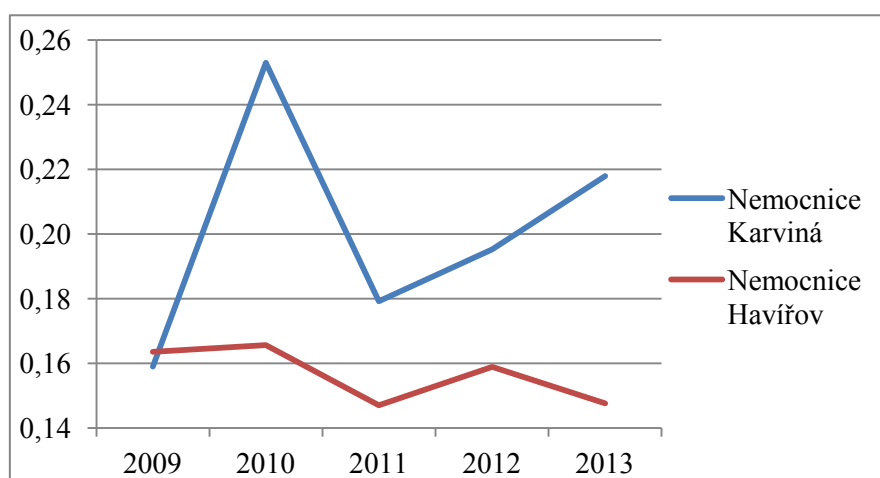
Ukazatel celkové zadluženosti slouží jako indikátor výše rizika, které organizace nese při daném poměru a struktuře vlastního kapitálu a cizích zdrojů, jak formuluje vzorec 4.1. Čím vyšší vykazuje organizace zadluženost, tím vyšší riziko na sebe bere, jelikož musí být schopna splácet své závazky bez ohledu na to, jak se jí právě daří (Knápková a kol., 2013). Doporučená hodnota, které by organizace měly dosahovat, se pohybuje mezi 30 – 60 %. Míra celkové zadluženosti vyjadřuje, do jaké míry je majetek nemocnice financován cizím kapitálem.

(4.1)

$$\text{Celková zadluženost} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{celková aktiva}}$$

Obě nemocnice dosahovaly poměrně nízké hodnoty ukazatele celkové zadluženosti a v každém roce sledovaného období se pohybovaly pod doporučovanou hranicí (viz obr. 4.1). Na základě níže uvedeného grafu na obrázku 4.1 lze konstatovat, že průměrně byl v Nemocnici Karviná vlastní majetek kryt z 20 % cizími zdroji, zatímco v Nemocnici Havířov dosahoval podíl krytí vlastního majetku cizími zdroji k 15,6 %. Vyšší hodnotu celkové zadluženosti vykazovala Nemocnice Karviná v roce 2010, kdy se dostala až k 25 %. Důvodem byl poměrně vyšší objem krátkodobých závazků v důsledku navýšení závazků od dodavatelů a také vyšší hodnota na dohadném účtu pasivní, kam nemocnice účtuje pasivní položky vůči zdravotním pojišťovám, o spotřebě plynu a jiných energiích. V následujícím roce hodnota celkové zadluženosti klesla na hranici 18 % a v dalších letech se meziročně zvyšovala o 2 %. Pro obě analyzované nemocnice je charakteristický odlišný trend ve vývoji celkové zadluženosti. Zatímco v Nemocnici Havířov po celé sledované období celková zadluženost kolísá mezi 15 – 16 %, Nemocnice Karviná vykazuje značné výkyvy a rozdíly mezi jednotlivými lety sledovaného období a má rostoucí tendenci.

Obr. 4.1 Vývoj celkové zadluženosti v letech 2009-2013



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

4.1.2 Běžná likvidita

Likvidita vyjadřuje schopnost organizace hradit své závazky. Jak je uvedeno ve vzorci 4.2 níže, ukazatel běžné likvidity poměruje to, čím je možno platit s tím, co je nutno zaplatit. Pokud nemocnice disponují dostatkem peněz na úhradu svých závazků, může nastat otázka, zda by se část peněžních prostředků nemohla využít jinak a efektivněji. Finanční situace

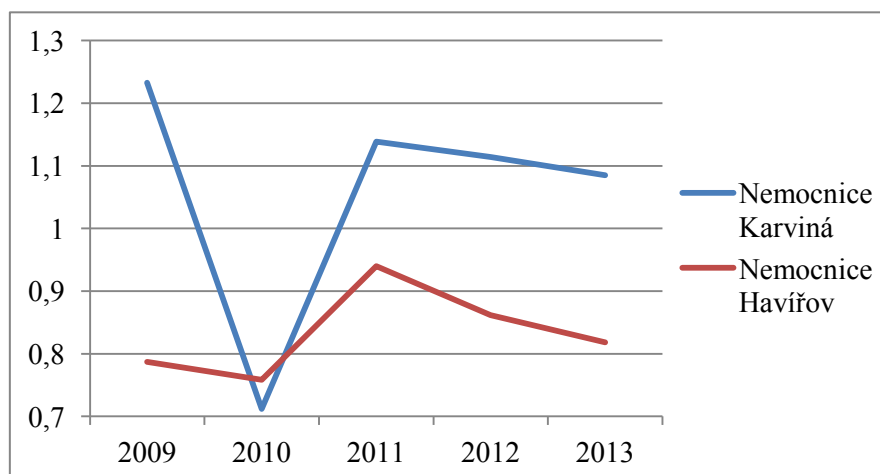
nemocnic je jednou z nejsledovanějších stránek nejenom pro vedení nemocnic, ale také pro externí subjekty, které s nemocnicemi úzce spolupracují a jsou s nimi ve styku.

(4.2)

$$\text{Běžná likvidita} = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé cizí zdroje}}$$

Ukazatel běžné likvidity udává, kolikrát pokrývají oběžná aktiva krátkodobé cizí zdroje. Doporučená hodnota tohoto ukazatele se pohybuje v rozmezí 1,5 – 2,5. Dle uvedeného obrázku níže (obr. 4.2) lze konstatovat, že obě nemocnice se nepohybovaly v průběhu sledovaného období ani na spodní hranici doporučované oblasti. Mezi nemocnicemi je opět viditelný značný rozdíl. Trend ukazatele běžné likvidity u Nemocnice Karviná opisuje obrácený tvar, který je viditelný u ukazatele zadluženosti (viz výše). Za výrazným snížením ukazatele běžné likvidity v roce 2010 je značné zvýšení hodnoty krátkodobých cizích zdrojů, ze stejných důvodů jaké jsou popsány v předchozí podkapitole u analýzy zadluženosti. S výjimkou právě roku 2010 Nemocnice Karviná vykazuje hodnotu běžné likvidity nad oblastí 1,0 a likvidita této nemocnice vykazuje mnohem nižší rizikovost, než je tomu u druhé analyzované nemocnice, která dosahuje hodnot pod 1,0. Hodnota nižší než 1,0 může být značně problematická, neboť obrat krátkodobých cizích zdrojů je vyšší než obrat oběžných aktiv a krátkodobé závazky nelze z oběžných aktiv uhradit.

Obr. 4.2 Vývoj běžné likvidity v letech 2009-2013



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

4.1.3 Ukazatelé rentability

Rentabilita je měřítkem schopnosti dosahovat zisku použitím investovaného kapitálu, tj. schopnosti organizace vytvářet nové zdroje. Ukazatelé rentability hodnotí ziskovost

nemocnice (Knápková a kol., 2013). Nemocnice jako příspěvkové organizace nejsou založeny za účelem dosahování zisku a hodnoty ukazatelů jsou nízké. Pro analýzu rentability byly sledovány dva hodnotící ukazatele dle instituce HealthCare Institute – rentabilita aktiv a rentabilita vlastních zdrojů.

a) Rentabilita aktiv (ROA)

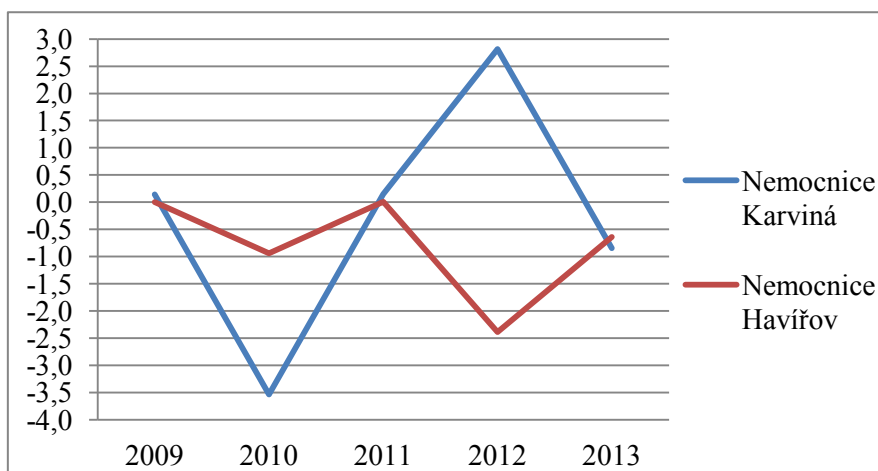
Rentabilita aktiv je důležitý ukazatel, který měří výkonnost bez ohledu na daňové zatížení. Tento ukazatel poměřuje zisk neboli výsledek hospodaření před zdaněním s celkovými aktivy, které nemocnice vykazuje (viz vzorec 4.3). Ukazatel ROA vyjadřujeme v procentech a výsledná hodnota ukazuje, jak efektivně nemocnice vytváří zisk bez ohledu na to, z jakých zdrojů zisk tvoří (jestli se jedná o zdroje vlastní nebo cizí).

(4.3)

$$ROA = \frac{\text{zisk}}{\text{celková aktiva}}$$

Následující obrázek (obr. 4.3) znázorňuje hodnoty ukazatele rentability celkového kapitálu u obou nemocnic v průběhu pěti let. Na vývoj ukazatele a jeho nízké až záporné hodnoty měla vliv výše dosažené výsledku hospodaření nemocnic. Nemocnice Karviná dosahovala výrazné záporné hodnoty ukazatele v roce 2010 související s velmi vysokými náklady vykazovanými v hlavní činnosti nemocnice, které se následně projeví ztrátovým hospodařením. V roce 2012 nemocnice naopak dosáhla vysokých kladných hodnot ukazatele ROA zásluhou ziskového hospodaření z důvodu výrazného snížení nákladů v hlavní činnosti nemocnice. Nemocnice Havířov dosahovala záporných hodnot ukazatele ROA v letech 2010, 2012 a 2013, tedy v letech kdy vykazovala ztrátové hospodaření. Kladných hodnot tohoto ukazatele dosáhla pouze dvakrát a to s výsledky těsně převyšujícími nulovou hranici. Obě nemocnice shodně dosahovaly kolísavých (i záporných) hodnot ukazatele, což není příliš příznivé, neboť nemocnice by měly udržovat co nejvíce vyrovnané hospodaření. Nízké kladné hodnoty ukazatele ROA korespondují s právní formou obou nemocnic a tím, že nebyly založeny za účelem dosahování zisku.

Obr. 4.3 Vývoj rentability aktiv v letech 2009–2013



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

b) Rentabilita vlastních zdrojů (ROE)

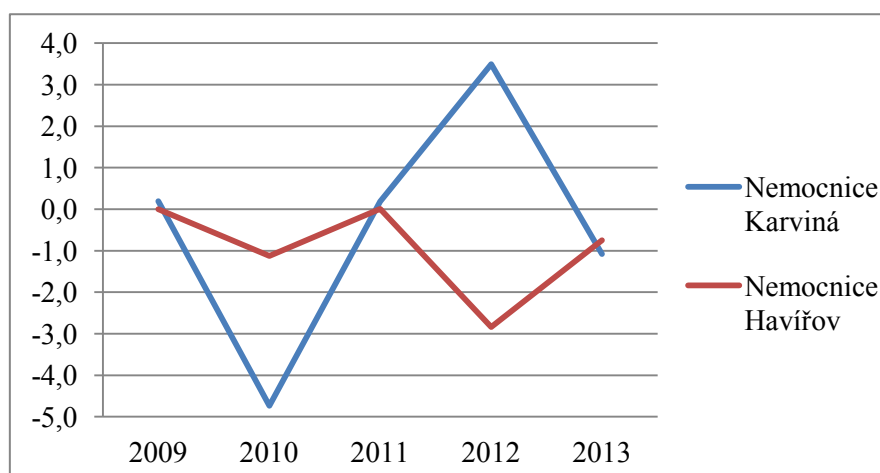
Ukazatel rentability vlastních zdrojů je ukazatel ziskovosti vlastního kapitálu. Jak formuluje vzorec 4.4, tento ukazatel hodnotí výnosnost kapitálu, který do nemocnice vložil zřizovatel a zároveň měří efektivnost, s níž nemocnice využívá kapitál vlastníků (resp. zřizovatele). Čím vyšší hodnoty ukazatel dosáhne, tím je to pro nemocnici lepší.

(4.4)

$$ROE = \frac{\text{zisk}}{\text{vlastní kapitál}}$$

Rentabilita vlastního kapitálu (obr. 4.4) vykazovala podobný průběh jako rentabilita aktiv. Nemocnice Karviná dosáhla v roce 2010 vysoké záporné hodnoty ukazatele a v roce 2012 naopak výrazné kladné hodnoty. Nemocnice Havířov vykázala záporné hodnoty ukazatele ROE v letech, kdy hospodařila se ztrátou. V roce 2012 dosahovaly obě nemocnice odlišné výše hodnoty ukazatele, zatímco v roce 2013 se shodně pohybovaly na hranici -1. Tato tendence vývoje rentability vlastního kapitálu není ani pro jednu z nemocnic příznivá. Nízká ziskovost resp. ztrátovost vlastního kapitálu je zapříčiněna tím, že nemocnice dosahují nízkého výsledku hospodaření (ztráty). Vzhledem k právní formě nemocnic nelze očekávat, že by dosahovaly vysokých hodnot rentability. Na druhou stranu ztrátové hospodaření a výsledné záporné hodnoty ukazatelů rentability nejsou pro nemocnice dobrou vizitkou.

Obr. 4.4 Vývoj rentability vlastních zdrojů v letech 2009–2013



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

4.1.4 Ukazatelé aktivity

S pomocí ukazatelů aktivity lze zjistit, zda je velikost jednotlivých druhů aktiv v poměru k současným nebo budoucím hospodářským aktivitám organizace přiměřená. Ukazatelé aktivity měří schopnost organizace využívat vložené prostředky a poskytují informace o tom, jak efektivně nemocnice hospodaří se svými aktivy, resp. jak dlouho v nich má vázány finanční prostředky (Knápková a kol., 2013). Pro analýzu aktivity byly zvoleny tři hodnotící ukazatele, které informují o finančním zdraví nemocnic – doba obratu aktiv, doba inkasa pohledávek a doba splatnosti krátkodobých závazků.

a) Doba obratu aktiv

Obrat aktiv měří efektivnost využití veškerých aktiv ve firmě a ukazuje, jak se zhodnocují aktiva bez ohledu na zdroje jejich krytí (viz vzorec 4.5). Minimální doporučená hodnota tohoto ukazatele je 1. Nízká hodnota ukazatele značí neúměrnou majetkovou vybavenost nemocnice a jeho neefektivní využití.

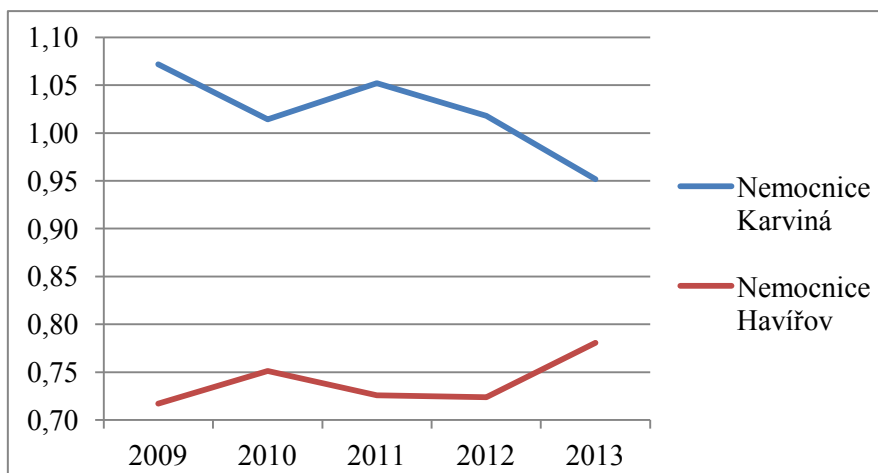
(4.5)

$$\text{Obrat aktiv} = \frac{\text{tržby}}{\text{celková aktiva}}$$

Dle následujícího obrázku (obr. 4.5) je patrné, že nad doporučovanou hranicí se ve sledovaném období pohybovala pouze Nemocnice Karviná s výjimkou posledního roku. Zmiňovaná nemocnice od roku 2011 vykazuje klesající hodnoty ukazatele obratu aktiv zapříčiněné nárůstem stálých i oběžných aktiv při obdobných tržbách. Nemocnice Havířov

vykazovala ukazatel obratu aktiv oproti Nemocnici Karviná výrazně nižší, v rozmezí 0,71 – 0,78. Nemocnice produkovala vzhledem ke svému objemu aktiv podstatně méně tržeb než Nemocnice Karviná a výsledné hodnoty ukazatele tak značí neúměrnou majetkovou vybavenost.

Obr. 4.5 Vývoj doby obratu aktiv v letech 2009-2013



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

b) Doba inkasa pohledávek

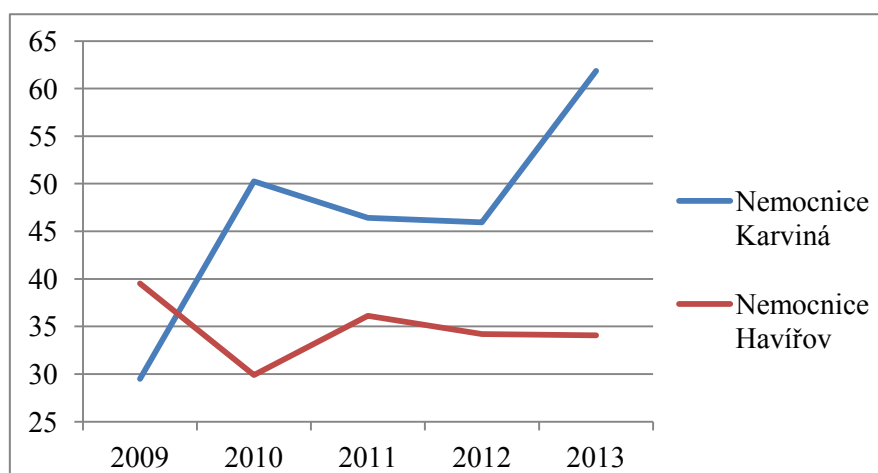
Doba inkasa pohledávek je dobou existence kapitálu ve formě pohledávek. Jak je uvedeno ve vzorci 4.6, ukazatel vyjadřuje dobu, po kterou musí nemocnice čekat, než obdrží platby od svých odběratelů za prodej. Čím je doba inkasa pohledávek vyšší, tím jsou i vyšší náklady (Knápková a kol., 2013).

(4.6)

$$\text{Doba inkasa pohledávek} = \frac{\text{průměrný stav pohledávek}}{\text{tržby}} \cdot 360$$

Dle následujícího obrázku (obr. 4.6) lze konstatovat, že ukazatel doby obratu pohledávek se lépe vyvíjí v Nemocnici Havířov, neboť dosahuje nižších hodnot. V Nemocnici Karviná se hodnoty ukazatele pohybovaly v poměrně velkém rozpětí (30 – 60), zatímco v Nemocnici Havířov dosahovaly hodnot v rozmezí 30 – 40 a v posledních třech letech se udržovaly na stabilních hodnotách. Z těchto výsledků vyplývá, že Nemocnice Havířov vykazuje kvalitnější řízení v oblasti pohledávek.

Obr. 4.6 Vývoj doby inkasa pohledávek v letech 2009–2013 (ve dnech)



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009–2013, vlastní zpracování.

c) Doba splatnosti krátkodobých závazků

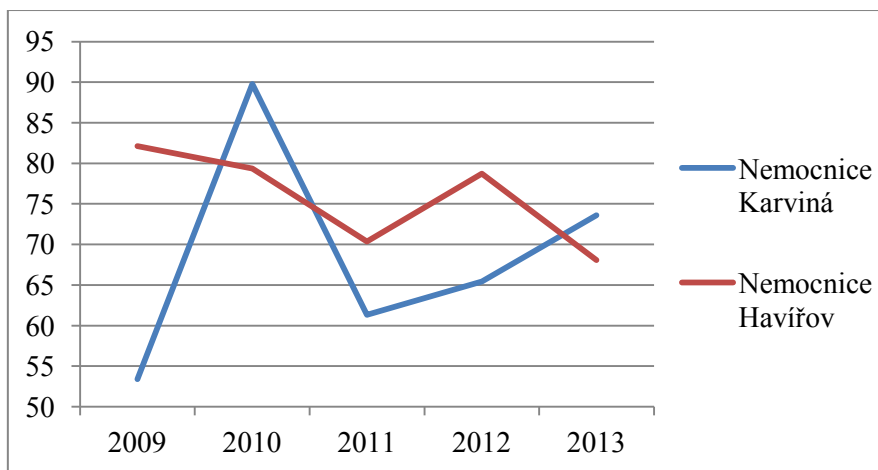
Průměrná doba splatnosti krátkodobých závazků vyjadřuje dobu od vzniku závazku do doby jeho úhrady, jak formuluje vzorec 4.7. Tento ukazatel by měl dosáhnout alespoň doby inkasa pohledávek. Výhodné pro organizace je rovněž vyšší hodnota doby obratu závazků než součet obratu zásob a pohledávek, neboť dodavatelské úvěry financují pohledávky i zásoby (Knápková a kol., 2013).

(4.7)

$$\text{Doba obratu závazků} = \frac{\text{krátkodobé závazky}}{\text{tržby}} \cdot 360$$

Doba splatnosti krátkodobých závazků má u obou nemocnic velmi nestabilní charakter (obr. 4.7). Nemocnice Karviná dosáhla v roce 2010 velmi vysokých hodnot tohoto ukazatele (90 dnů) způsobených výrazným nárůstem krátkodobých závazků v důsledku navýšení závazků od dodavatelů a také vyšší hodnoty na dohadném účtu pasivním. V následujícím roce hodnota ukazatele klesla téměř o třetinu a následně se zvyšovala až k hranici 75 dnů. Doba splatnosti krátkodobých závazků byla v Nemocnici Havířov po sledované období klesající. Jedinou výjimkou byl rok 2012, kdy došlo k mírnému nárůstu hodnoty o necelých 10 dní způsobené zvýšením objemu krátkodobých závazků a snížením objemu tržeb. Doba splatnosti krátkodobých závazků byla u obou nemocnic v celém sledovaném období delší než doba inkasa pohledávek, což vypovídá o finanční rovnováze obou nemocnic. V Nemocnici Havířov byla doba splatnosti závazků ve sledovaném období téměř dvojnásobně vyšší než doba inkasa pohledávek. V Nemocnici Karviná nebyly hodnoty obou ukazatelů tolik rozdílné.

**Obr. 4.7 Vývoj doby splatnosti krátkodobých závazků
v letech 2009 – 2013 (ve dnech)**



Zdroj: Rozvahy Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009-2013, vlastní zpracování.

4.2 Návrhy na zlepšení hospodaření vybraných nemocnic

Analýzou hospodaření bylo zjištěno několik oblastí, jejichž zlepšením by bylo možné dosáhnout lepšího a kvalitnějšího hospodaření obou vybraných nemocnic. Následující návrhy na řešení problémových oblastí znázorňují směry, kterými by se nemocnice v rámci zlepšení hospodaření mohly zabývat.

Z provedené analýzy hospodaření bylo zjištěno, že na ztrátovém hospodaření obou nemocnic se největší částí vždy podílí ztráta dosažená v hlavní činnosti. Nejproblematictější oblastí v hospodaření obou nemocnic jsou vysoké náklady a to především náklady osobní, které tvoří až 60% podíl na celkových nákladech. Mzdové náklady jsou v obou nemocnicích hrazeny z tržeb z prodeje služeb, což jsou úhrady plateb od zdravotních pojišťoven za poskytnuté služby zdravotní péče dle aktuální úhradové vyhlášky. Vzhledem k tomu, že vyšší výnosy z prodeje služeb nemohou nemocnice ovlivnit a tím získávat větší množství peněžních prostředků na úhradu mzdových nákladů, je třeba hledat alternativní řešení na zlepšení hospodaření obou nemocnic snižováním nákladů. Následující návrhy na zlepšení hospodaření se zabývají především snížením nákladů ve dvou nejproblematictějších oblastech – spotřebovaný materiál a osobní náklady.

Osobní náklady se promítají v podstatné míře do nákladu na 1 ošetřovací den. Snížení těchto nákladů lze docílit pouze snížením počtu personálu nebo snížením průměrných mezd při zachování stejné výkonnosti nemocnice. Jednou z možných variant řešení na zlepšení

hospodaření by mohlo být snížení průměrných mezd. Řešení vychází z obecného přesvědčení, že personál v nemocnicích je přetěžován, což v podstatě deklaruje velké množství přesčasové práce ve zdravotnictví a z toho vyplývající postoje zástupců odborových organizací hájící zájmy zaměstnanců tohoto resortu. Záměr navrhované úspory tkví v úplném odstranění přesčasové práce u zdravotnických pracovníků v jednosměrném provozu a jeho převedení do provozu nepřetržitého. V důsledku změny tohoto pracovního režimu by došlo ke vzniku potřeby přijetí zaměstnanců, kteří by dosud vykonávanou přesčasovou práci pokryli svým časovým fondem. Eliminována přesčasová práce s sebou nese úplné odstranění úhrad formou příplatků za přesčasové hodiny, kdy jsou náklady na tuto vykonávanou práci placenou formou přesčasu podstatně vyšší než v případě placení v rámci časového fondu v nepřetržitém provozu. V tabulce níže (tab. 4.1) je uveden vzorový výpočet rozdílu v placení u lékaře s šestiletou praxí splňujícího kvalifikační předpoklady pro výkon profese k zajištění ústavní pohotovostní služby, resp. k zajištění lékařské péče po dobu 24 hodin na jednom pracovišti. Lze konstatovat, že nemocnice by touto změnou ušetřila necelých 500 tis. Kč ročně za každého lékaře, kterého by se změna provozu týkala. Celková úspora by mohla být až v řádech několika desítek milionů korun.

Tab. 4.1 Rozdílnost ročních odměn jednoho lékaře při různých formách provozu (v Kč)

	Jednosměrný provoz a přesčasy	Nepřetržitý provoz	Rozdíl
Plat	1 291 946	1 291 946	0
Příplatky za přesčas	446 227	0	- 446 227

Zdroj: Interní informace Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov, vlastní zpracování.

Druhým návrhem na řešení vysokých nákladů je úspora v oblasti spotřeby materiálu a v oblasti léčiv. Sloučením obou nemocnic do personální unie došlo ke sjednocení logistického systému v rámci centrálních skladů, díky čemuž mohou nemocnice nakupovat speciální zdravotnický materiál prostřednictvím tzv. ePortálu a eTržišť. Jednou z možností jak ušetřit náklady na spotřebu materiálu by mohla být realizace výběrových řízení na nákup speciálního zdravotnického materiálu formou Centrálního zadavatele podle stanoveného harmonogramu na eTržišti, které je společné pro všechny krajské nemocnice. Tato varianta může přinést vyšší úspory v oblasti nákladu vzhledem k vyšším soutěženým objemům. Na základě konzultace s vedoucí centrálního zásobování by mohla být roční úspora až 5,12 % z celkových nákladů, což odhadem představuje snížení nákladů o cca 40 mil. Kč. Druhou možností jak snížit náklady na spotřebu materiálu je ušetření peněžních prostředků v oblasti

léků prostřednictvím sjednocení lékárenských informačních systémů a jednotné nákupní strategie. Tato varianta je realizovatelná díky sloučení obou nemocnic do personální unie, což umožňuje nemocnicím poptávat léky formou společných elektronických aukcí. Shodně jako v předchozí variantě by mohlo dojít k úspoře nákladů vzhledem k vyšším soutěžným objemům. Realizací této varianty by roční úspora mohla dosahovat až 9 % z celkových ročních nákladů. Snižování nákladů v oblasti spotřeby materiálu a léků by mohlo být pro nemocnice přínosné, neboť by zároveň nedocházelo ke snižování kvality poskytované zdravotní péče.

Další možností jak snížit velmi vysoké náklady v obou nemocnicích je restrukturalizace lůžkového fondu základních medicínských oborů (ZMO). Jedná se o chirurgické oddělení, vnitřní lékařství, pediatrické oddělení a gynekologicko-porodnické oddělení. V tabulce níže (tab. 4.2) je uveden počet lůžek a využití lůžkového fondu (obložnost) ZMO v Nemocnici Karviná a Nemocnici Havířov.

Tab. 4.2 Průměrné využití lůžkového fondu základních medicínských oborů v Nemocnici Karviná a Nemocnici Havířov za rok 2013

Medicínský obor	Nemocnice Karviná		Nemocnice Havířov	
	Počet lůžek	Průměrná obložnost (v %)	Počet lůžek	Průměrná obložnost (v %)
Chirurgie	68	78,10	50	84,87
Vnitřní lékařství	124	75,86	62	79,97
Pediatric	41	64,50	38	77,58
Gynekologicko-porodnické oddělení	38	54,20	25	67,59

Zdroj: Interní dokumenty Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov, vlastní zpracování.

Dle uvedené tabulky lze konstatovat, že v Nemocnici Karviná se ZMO vyznačují částečnou nenaplněností a oddělení pediatrie a gynekologicko-porodnické oddělení dosahuje dokonce méně než 65% naplněnost. V Nemocnici Havířov se nízkou naplněností vyznačuje gynekologicko-porodnické oddělení. Snížit celkové náklady by tedy bylo možné restrukturalizací lůžkového fondu na oddělení pediatrie v Nemocnici Karviná a na gynekologicko-porodnickém oddělení v obou nemocnicích. Na oddělení pediatrie v Nemocnici Karviná a na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Havířov by se mohl snížit počet lůžek o 1/3, což je po upravení současného počtu lůžek o 1/3 13 lůžek v Nemocnici Karviná a 8 lůžek v Nemocnici Havířov. Na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Karviná by mohlo dojít ke snížení počtu lůžek až o polovinu, tedy o 19

lůžek. Touto variantou by se na jedné straně vyřešil problém s nedostatečnou naplněností, která trápí obě nemocnice a na druhé straně by došlo k úspoře osobních nákladů, neboť snížení počtu lůžek by vedlo ke snížení celkového počtu lékařů a ostatního zdravotního personálu, jejichž minimální obsazení na určitý počet lůžek nařizuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. A vzhledem k tomu, že průměrný plat lékaře se pohybuje na hranici 70 tis. Kč měsíčně, roční úspora osobních nákladů by byla v řádech až několika desítek milionů Kč.

5 Závěr

Nemocnice jsou obecně definovány jako lůžkové zdravotnické zařízení, které disponují licenci k poskytování zdravotní péče, mají určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a jsou schopny nepřetržitě poskytovat lékařské a ošetrovatelské služby. Postavení nemocnic v systému zdravotní péče není v legislativě přesně definováno. V nemocnicích není kladen důraz na ambulantní péči, ale jejich posláním je léčit pacienty tam, kde to ambulantně není možné.

Tato diplomová práce si kladla za cíl komplexně zhodnotit hospodaření dvou nemocnic, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj na základě dostupných dat a údajů za období 2009–2013. Dílčím cílem diplomové práce bylo identifikovat problémové oblasti hospodaření obou nemocnic a následně formulovat návrhy pro zlepšení hospodaření. Zhodnocení hospodaření nemocnic bylo provedeno na základě finanční analýzy za použití vybraných hodnotících ukazatelů, které je nutné sledovat pro zjištění finančního zdraví nemocnic.

Z provedené analýzy hospodaření nemocnic v letech 2009–2013 vyplynulo, že obě nemocnice v celém sledovaném období hospodařily v hlavní činnosti ziskově i ztrátově a v doplňkové činnosti vždy vykazovaly kladný výsledek hospodaření. Na ztrátovém hospodaření obou nemocnic se největší částí podílely příliš vysoké náklady, které nemocnice trápí už řadu let. Nemocnice Karviná dosáhla nejvyšší ztráty v roce 2010 způsobené vysokými náklady na spotřebu materiálu, které byly ve srovnání s ostatními roky několikanásobně vyšší. Výsledek hospodaření po zdanění v Nemocnici Havířov dosahoval nejvyšších záporných hodnot v roce 2012 vinou snížených výnosů způsobených poklesem tržeb a ostatních výnosů od zdravotních pojišťoven. Nejpriznivějšího výsledku hospodaření po zdanění dosahovala Nemocnice Karviná v roce 2012 a Nemocnice Havířov v roce 2011, i když v této nemocnici se kladný výsledek hospodaření pohyboval v řádech desetitisíců.

Nejvyššími nákladovými položkami hlavní činnosti v obou nemocnicích jsou náklady na spotřebovaný materiál a osobní náklady tvořené mzdovými náklady a zákonným sociálním pojištěním. Tyto dvě nákladové položky také způsobují nemocnicím největší problémy v rámci hospodaření. Osobní náklady tvoří až 60 % všech celkových nákladů v hlavní činnosti. Nemocnici Karviná se v posledních letech daří osobní náklady postupně snižovat

v souvislosti s úbytkem počtu zaměstnanců. Naopak Nemocnice Havířov od roku 2010 vykazuje každoročně vyšší osobní náklady korespondující se zvyšováním počtu zaměstnanců. V roce 2013, kdy proběhlo sloučení nemocnic do personální unie, se Nemocnici Karviná podařilo snížit celkové náklady a rovněž také osobní náklady související s úbytkem počtu zaměstnanců, neboť funkce top managementu nemocnic se sloučili. Při podrobnější analýze osobních nákladů bylo ovšem zjištěno, že snížení nebo zvýšení mzdových nákladů nesouvisí vždy jen se snižováním nebo zvyšováním počtu zaměstnanců, ale vliv na změnu mzdových nákladů má mnoho dalších faktorů (změny v úhradové vyhlášce, nařízení vlády, změna a postupy v platových třídách zaměstnanců). Druhou problémovou oblastí v obou nemocnicích jsou výdaje na spotřebovaný materiál, které v obou nemocnicích dosahují 20% podílu z celkových nákladů. Nejvýznamnějšími položkami v oblasti spotřebovaného materiálu jsou výdaje na speciální zdravotnický materiál a výdaje na léky.

Hlavním příjmem obou nemocnic jsou tržby z prodeje služeb (tj. úhrady plateb od zdravotních pojišťoven), které v každém roce sledovaného období tvoří více než 75 % všech výnosů hlavní činnosti. Rozdíl mezi oběma nemocnicemi spočívá v účtování položky tržby z prodaného zboží, které Nemocnice Karviná zahrnuje do výnosů v hlavní činnosti, naopak Nemocnice Havířov tuto položku účtuje jako výnosy v doplňkové činnosti. Tato skutečnost následně způsobuje také odlišnost ve výši podílu tržeb z prodeje služeb, které díky absenci tržeb z prodaného zboží tvoří v Nemocnici Havířov více než 92 % z celkových výnosů. Odlišnost mezi oběma nemocnicemi spočívá také ve výši celkových výnosů. Nemocnice Karviná pravidelně vykazuje o polovinu vyšší výnosy než druhá analyzovaná nemocnice. Zatímco v Nemocnici Karviná celkové výnosy v hlavní činnosti od roku 2011 klesají, v Nemocnici Havířov vykazují v celém sledovaném období kolísavý charakter.

Výsledky hospodaření v doplňkové činnosti u obou nemocnic jsou v celém sledovaném období kladné a splňují tak poslání a účel, pro který byla doplňková činnost ve zřizovací listině zřízena. Dosažený zisk byl v každém roce použit ve prospěch hlavní činnosti, především pak ke snížení její neziskovosti. Nákladové položky vykazované v doplňkové činnosti jsou u obou nemocnic rozdílné. Nejvýraznějšími náklady v Nemocnici Karviná je spotřeba energie dosahující až 70 % podílu z celkových nákladů. Naopak v Nemocnici Havířov tvoří téměř 90 % podíl položka prodané zboží. Rovněž jako nákladové položky jsou i výnosové položky vykazované v doplňkové činnosti u obou nemocnic značně odlišné. Pro Nemocnici Karviná jsou hlavním příjmem výnosy z pronájmu, které

se v posledních dvou letech sledovaného období ještě navýšily téměř o polovinu. Nemocnice Havířov získává největší část příjmů z tržeb za prodané zboží (90 %), které jsou v Nemocnici Karviná účtovány jako výnosy hlavní činnosti. Rozdíl mezi oběma nemocnicemi spočívá také ve výši celkového výsledku hospodaření po zdanění za doplňkovou činnost. V prvních třech letech sledovaného období vykazovala Nemocnice Havířov až devítinásobně vyšší výsledek hospodaření než Nemocnice Karviná, ale zásluhou nárůstu výnosů z pronájmu v Nemocnici Karviná se v posledních dvou letech sledovaného období rozdíl výrazně snížil a Nemocnice Havířov vykazuje jen o polovinu vyšší výsledek hospodaření.

Hypotéza stanovená v úvodu diplomové práce, **že sloučením Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj a Nemocnice s poliklinikou Havířov do personální unie dojde k ziskovému výsledku hospodaření, se nepotvrdila.** Obě nemocnice vykázaly v roce 2013 ztrátové hospodaření.

Hypotéza, že osobní náklady na jednoho zaměstnance průběžně rostou, se potvrdila. Osobní náklady na jednoho zaměstnance u obou nemocnic po celé sledované období rostly.

Další část této diplomové práce byla zaměřena na finanční analýzu nemocnic dle vybraných hodnotících ukazatelů, které poskytují informace o finančním zdraví nemocnic. Dle výsledků získaných pomocí ukazatele celkové zadluženosti lze konstatovat, že obě nemocnice se v průběhu sledovaného období pohybují pod hranicí doporučené hodnoty, což koresponduje s právní formou nemocnic jako příspěvkových organizací. Podobných výsledků dosáhly obě nemocnice také u ukazatele běžné likvidity. Ani jedna z nemocnic v průběhu sledovaného období nedosáhla na spodní hranici doporučené hodnoty. Mezi nemocnicemi je navíc značný rozdíl. Výsledná likvidita Nemocnice Karviná vykazuje mnohem nižší rizikovost, než je tomu u druhé sledované nemocnice, jejíž hodnoty likvidity jsou výrazně nižší a krátkodobé závazky nelze hradit z oběžných aktiv. Dalšími hodnotícími ukazateli poskytující informace o finančním zdraví nemocnic jsou ukazatelé rentability, konkrétně rentabilita aktiv a rentabilita vlastních zdrojů. Výsledky obou ukazatelů vykazovaly podobný průběh a trend byl ve sledovaném období kolísavý. Nízké až záporné hodnoty ukazatelů souvisely s výsledkem hospodaření nemocnic a velmi vysokými náklady vykazovanými v hlavní činnosti. Tendence vývoje ukazatelů rentability není ani pro jednu z nemocnic příznivá, neboť nemocnic by měly udržovat co nejvíce vyrovnané hospodaření a ztrátové

hospodaření není pro nemocnice příliš dobrou vizitkou. Posledním hodnotícím ukazatelem byly ukazatelé aktivity, resp. doba obratu aktiv, doba inkasa pohledávek a doba splatnosti krátkodobých závazků. Dle výsledků ukazatele doby obratu aktiv lze konstatovat, že nad doporučovanou hranicí se pohybovala pouze Nemocnice Karviná (s výjimkou posledního roku). Nemocnice Havířov vykazovala hodnoty tohoto ukazatele výrazně nižší, což značí neúměrnou majetkovou vybavenost, neboť vzhledem ke svému objemu aktiv produkuje podstatně méně tržeb než Nemocnice Karviná. Dle ukazatele doby inkasa pohledávek je na tom ve srovnání obou nemocni lépe Nemocnice Havířov, která dosahuje nižších hodnot tohoto ukazatele a vykazuje kvalitnější řízení v oblasti pohledávek. Posledním ukazatelem hodnotícím finanční zdraví nemocnic je doba splatnosti krátkodobých závazků, která byla u obou nemocnic v celém sledovaném období delší než doba inkasa pohledávek, což vypovídá o finanční rovnováze obou nemocnic.

Poslední část diplomové práce byla věnována návrhům na zlepšení hospodaření. Podrobnou analýzou byly zjištěny problémové okruhy v hospodaření obou nemocnic a těmi jsou příliš vysoké osobní náklady a náklady na spotřebovaný materiál. Jednou z možných variant, jak snížit vysoké osobní náklady v obou nemocnicích je snížení průměrných mezd prostřednictvím odstranění přesčasové práce u zdravotnických pracovníků v jednosměrném provozu a jejich převedení do provozu nepřetržitého. Zrušením přesčasové práce dojde k úplnému odstranění úhrad formou příplatků za přesčasové hodiny a nemocnice tak mohou ušetřit několik desítek milionů Kč, neboť náklady na placení lékařů v rámci časového fondu v nepřetržitém provozu jsou podstatně nižší než náklady na vykonávanou práci placenou formou přesčasu. Další variantou, jak snížit osobní náklady, je restrukturalizace lůžkové fondu ZMO, pro které je charakteristická nedostatečná naplněnost. Jedná se o oddělení pediatrie a gynekologicko-porodnické oddělení. Snížení počtu lůžek by vedlo k úbytku počtu lékařů a zdravotního personálu související se snížením osobních nákladů. Poslední navrhovanou variantou na zlepšení hospodaření je snížení nákladů na spotřebovaný materiál. Zásluhou sloučení nemocnic do personální unie došlo ke sjednocení logistického systému, což nemocnicím umožňuje nakupovat speciální zdravotnický materiál a léky prostřednictvím elektronických portálů a aukcí. K vyšší úspoře nákladů dojde díky vyšším soutěženým objemům, kdy nemocnice budou nakupovat materiál a léky hromadně. Úspora nákladů se může pohybovat v rozmezí 5 – 9 % z celkových ročních nákladů.

Seznam použité literatury

Knižní publikace

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 978-807-3575-038.
2. BOROVSKEÝ, Juraj a Věra DYNAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 2. přeprac. vyd. Praha: České vysoké učení technické, 2012. 129 s. ISBN 978-80-01-05055-2.
3. BUSSE, Reinhard et al. *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead, England: Open University Press, 2011. 458 s. ISBN 978-0-33-524557-4.
4. DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita, 2008. 133 s. ISBN 978-807-2484-829.
5. DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
6. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
7. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-807-3675-929.
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 107 s. ISBN 978-80-7368-605-5.
9. KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4456-8.
10. KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada Publishing, 2010. 206 s. ISBN 978-802-4727-011.
11. PEKOVÁ, J., J. PILNÝ a M. JETMAR. *Veřejný sektor – řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 485 s. ISBN 978-807-3579-364.
12. POPESKO, B., P. NOVÁK, Z. TUČKOVÁ, Š. FIALOVÁ a J. STROUHAL. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích*. Praha: Wolters Kluwer, a. s., 2014. 220 s. ISBN 978-80-7478-509-2.
13. STAŇKOVÁ, Pavla. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, 2013. 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

Elektronické dokumenty a ostatní

14. HEALTHCARE INSTITUTE. HCI: *Sledované hodnotící ukazatele – Finanční zdraví nemocnic ČR*. [online]. HCI [12. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/userfiles/files/ukazatele-pro-financni-analyzu-nemocnice.pdf>.
15. Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky. Ústavní zákon č. 2/1993 ze dne 16. prosince 1992. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.
16. VĚZEŇSKÁ SLUŽBA ČESKÉ REPUBLIKY. 2012 [online]. [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.vscr.cz/>.
17. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Ekonomické informace ve zdravotnictví* [online]. UZIS [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>.
18. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Ekonomické výsledky nemocnic* [online]. UZIS [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-vysledky-nemocnic>.
19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Lůžková péče* [online]. UZIS [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>.
20. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Sítě zdravotnických zařízení* [online]. UZIS [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>.
21. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS ČR: *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje* [online]. UZIS [28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-moravskoslezskeho-kraje>.
22. Vyhláška Ministerstva obrany č. 285/1999 ze dne 22. listopadu 1999 o poskytování zdravotní péče ve vojenských zdravotnických zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-285>.
23. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>.

24. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.
25. Výroční zprávy Nemocnice s poliklinikou Havířov za léta 2009-2013.
26. Výroční zprávy Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj za léta 2009-2013.
27. Zákon č. 592/1992 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>.
28. Zákon č. 48/1997 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.
29. Zákon č. 250/2000 ze dne 7. července 2000 o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-250>.
30. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
DRG	Diagnosis related group
MSK	Moravskoslezský kraj
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
ORL	obor ušní-nosní-krční
ROA	Return on Assets, Rentabilita aktiv
ROE	Return on Equity, Rentabilita vlastních zdrojů
TBC	Tuberculum, Tuberkulóza
THP	Technicko-hospodářští pracovníci
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZMO	Základní medicínské obory

Seznam tabulek

Tab. 2.1 Počet nemocnic podle zřizovatele v letech 2009-2013	15
Tab. 2.2 Nemocnice v Moravskoslezském kraji podle zřizovatele, zakladatele a právní formy v letech 2009-2013	21
Tab. 2.3 Počet lůžek v nemocnicích v MSK v letech 2009-2013	21
Tab. 3.1 Přehled medicínských oborů a počet lůžek k 31. 12. 2013	23
Tab. 3.2 Přehled výkonových parametrů akutní péče Nemocnice Karviná	24
Tab. 3.3 Přehled výkonových parametrů akutní péče Nemocnice Havířov	25
Tab. 3.4 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2009-2013 v Nemocnici Karviná (v tis. Kč) ..	27
Tab. 3.5 Vývoj výsledků hospodaření v letech 2009-2013 v Nemocnici Havířov (v tis. Kč) ..	28
Tab. 3.6 Výsledek hospodaření za hlavní činnost v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	30
Tab. 3.7 Porovnání nákladů v hlavní činnosti za období 2009-2013 (v tis. Kč)	34
Tab. 3.8 Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech v letech 2009-2013 (v tis. Kč) ..	36
Tab. 3.9 Přepočtený průměrný evidenční počet zaměstnanců dle kategorií ve vybraných nemocnicích v letech 2009-2013	38
Tab. 3.10 Porovnání výnosů v hlavní činnosti v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	40
Tab. 3.11 Výsledek hospodaření za doplňkovou činnost v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	43
Tab. 4.1 Rozdílnost ročních odměn jednoho lékaře při různých formách provozu (v Kč)	56
Tab. 4.2 Průměrné využití lůžkového fondu základních medicínských oborů v Nemocnici Karviná a Nemocnici Havířov za rok 2013	57

Seznam grafů

Obr. 3.1 Výsledky hospodaření po zdanění v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	29
Obr. 3.2. Podíl jednotlivých nákladů na celkových nákladech v letech 2009-2013	35
Obr. 3.3 Vývoj osobních nákladů na jednoho zaměstnance v letech 2009-2013.....	39
Obr. 3.4 Podíl jednotlivých výnosů na celkových výnosech v letech 2009-2013	41
Obr. 3.5 Vývoj celkových nákladů v doplňkové činnosti v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	44
Obr. 3.6 Vývoj celkových výnosů v doplňkové činnosti v letech 2009-2013 (v tis. Kč)	45
Obr. 4.1 Vývoj celkové zadluženosti v letech 2009-2013	48
Obr. 4.2 Vývoj běžné likvidity v letech 2009-2013	49
Obr. 4.3 Vývoj rentability aktiv v letech 2009-2013	51
Obr. 4.4 Vývoj rentability vlastních zdrojů v letech 2009-2013	52
Obr. 4.5 Vývoj doby obratu aktiv v letech 2009-2013.....	53
Obr. 4.6 Vývoj doby inkasa a pohledávek v letech 2009-2013 (ve dnech)	54
Obr. 4.7 Vývoj doby splatnosti krátkodobých závazků v letech 2009-2013 (ve dnech)	55

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 25. dubna 2015

Andrea Fischerová
jméno a příjmení studenta

Seznam příloh

Příloha č. 1: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009 – 2013 (v tis. Kč)	1
Příloha č. 2: Výnosy hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009 – 2013 (v tis. Kč)	3
Příloha č. 3: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009 – 2013 (v tis. Kč)	4
Příloha č. 4: Výnosy hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009 – 2013 (v tis. Kč)	6
Příloha č. 5: Poměrové ukazatele Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009 – 2013	7

Příloha č. 1/1: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

HLAVNÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Spotřeba materiálu	210 528,86	212 301,06	191 827,01	180 928,36	184 145,34
Spotřeba energie	40 158,59	40 855,17	39 233,55	41 425,27	40 631,73
Prodané zboží	87 033,79	76 574,71	80 561,72	77 625,84	77 373,27
Aktivace dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	- 47,17	0,00
Aktivace oběžného majetku	0,00	0,00	0,00	-19 036,16	-19 129,66
Opravy a udržování	25 150,37	14 830,35	16 868,23	17 955,08	16 039,54
Cestovné	836,60	650,25	727,75	790,67	796,82
Náklady na reprezentaci	266,58	131,91	66,35	69,46	71,12
Ostatní služby	51 481,93	52 956,34	53 403,09	67 086,76	59 900,33
Mzdové náklady	398 925,85	413 862,76	422 223,69	406 144,57	402 806,85
Zákonné sociální pojištění	131 710,66	140 513,26	145 545,44	136 098,45	134 588,40
Jiné sociální pojištění	0,00	0,00	0,00	1 691,85	1 676,54
Zákonné sociální náklady	7 556,44	7 831,73	3 984,62	3 883,06	4 913,69
Jiné sociální náklady	532,79	551,75	1 587,02	0,00	12,30
Daň silniční	33,41	36,21	29,49	30,83	32,96
Daň z nemovitostí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52
Jiné daně a poplatky	163,55	315,50	114,23	78,36	62,69
Smluvní pokuty a úroky z prodlení	19,50	0,68	0,94	0,53	0,10
Jiné pokuty a penále	0,00	31,92	226,06	0,00	7,02
Prodaný materiál	12 937,78	14 348,43	16 278,60	15 705,20	13 851,13
Manka a škody	241,20	243,56	47,83	234,46	12,27
Tvorba fondů	0,00	27,72	102,15	88,88	103,64
Odpisy dlouhodobého majetku	5 112,54	6 885,00	28 624,79	6 882,00	7 122,00
Prodaný dlouhodobý hmotný majetek	10,82	0,00	0,00	183,53	0,00
Náklady z vyřazených pohledávek	0,00	347,62	238,97	905,00	315,35
Náklady z drobného dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	2 661,73	4 455,78
Ostatní náklady z činnosti	3 387,51	3 422,98	486,12	1 263,99	1 002,43
Finanční náklady	303,66	337,39	624,70	254,92	338,44
NÁKLADY CELKEM	976 392,43	987 056,30	1 002 802,35	942 905,47	931 130,60

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 1/2: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

VEDLEJŠÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Spotřeba materiálu	596,01	555,02	531,21	597,63	424,11
Spotřeba energie	5 350,64	5 184,22	5 505,87	6 257,36	7 090,58
Opravy a udržování	32,68	56,99	55,02	296,61	86,08
Ostatní služby	357,24	370,68	530,09	649,58	548,50
Mzdové náklady	926,56	859,33	688,45	729,18	573,64
Zákonné sociální pojištění	296,82	289,18	234,5	248,85	196,38
Jiné ostatní náklady	2,92	2,46	0,00	0,00	0,00
Odpisy dlouhodobého majetku	32,89	0,00	0,00	0,00	0,00
Prodaný materiál	21,50	42,11	244,74	68,62	39,07
Náklady z drobného dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00
NÁKLADY CELKEM	7 617,26	7 359,99	7 789,88	8 848,73	8 958,36

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 2: Výnosy hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Karviná v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

HLAVNÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Výnosy z prodeje služeb	779 384,01	784 002,47	789 305,81	762 612,84	753 675,42
Výnosy z pronájmu	0,00	7 748,15	7 735,21	75,41	96,41
Tržby za prodané zboží	103 087,87	88 647,47	91 945,72	94 094,32	91 428,01
Aktivace materiálu a zboží	19 109,09	20 138,08	19 002,62	0,00	0,00
Aktivace vnitroorganizačních služeb	3 629,19	27,72	0,00	0,00	0,00
Aktivace dlouhodobého majetku	0,00	17,11	0,00	0,00	0,00
Smluvní pokuty a úroky z prodlení	33,19	1 354,2	0,00	6,37	1 613,47
Úroky	123,61	43,25	19,01	19,02	13,77
Čerpání fondů	24 124,34	2 502,64	474,01	32 495,37	3 162,54
Ostatní výnosy z činnosti	19 298,25	15 918,3	47 524,29	16 370,09	19 686,35
Tržby z prodeje materiálu	15 895,15	17 656,41	19 828,49	19 514,76	17 679,94
Kurzové zisky	0,00	0,79	0,03	0,00	0,06
Ostatní finanční výnosy	0,00	0,00	7 437,77	10 149,73	10 063,93
Výnosy z transferů	10 399,78	14 861,42	18 128,35	20 479,71	14 129,78
Výnosy z vyřazených pohledávek	0,00	0,00	0,00	684,93	0,00
Výnosy z prodeje dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	272,41	103,64
VÝNOSY CELKEM	975 084,48	952 918,01	1 001 401,31	956 774,96	911 653,32

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

VEDLEJŠÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Výnosy z prodeje služeb	3 369,36	1 733,56	1 915,38	2 101,30	1 678,76
Výnosy z pronájmu	0,00	3 145,08	2 951,67	11 432,10	12 213,89
Smluvní pokuty a úroky z prodlení	35,54	61,72	47,47	97,80	39,55
Ostatní výnosy z činnosti	6 502,59	4 921,60	5 197,35	5 769,37	6 478,43
Výnosy z prodeje dlouhodobého majetku	32,28	27,72	102,15	0,00	0,00
Tržby z prodeje materiálu	166,58	106,81	287,97	190,42	219,93
VÝNOSY CELKEM	10 106,35	9 996,49	10 501,99	19 590,99	20 630,56

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Karviná za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 3/1: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Havířov v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

HLAVNÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Spotřeba materiálu	178 722,58	182 819,75	161 613,46	159 434,29	153 232,50
Spotřeba energie	29 535,29	30 880,51	29 139,61	30 688,68	29 508,35
Aktivace oběžného majetku	0,00	0,00	0,00	0,00	- 2,21
Opravy a udržování	6 999,45	6 623,35	9 378,42	5 481,44	7 977,18
Cestovné	462,20	384,16	373,45	471,55	513,98
Náklady na reprezentaci	63,68	51,60	43,89	103,89	124,54
Aktivace vnitroorganizačních služeb	0,00	0,00	0,00	- 252,89	- 247,37
Ostatní služby	37 688,61	37 149,17	34 032,49	38 383,85	35 732,21
Mzdové náklady	258 161,59	279 125,12	277 988,35	283 485,08	290 923,89
Zákonné sociální pojištění	85 105,06	94 378,95	95 020,48	95 080,86	96 787,73
Jiné sociální pojištění	0,00	0,00	0,00	1 168,46	1 204,83
Zákonné sociální náklady	4 860,43	5 210,15	2 661,78	3 059,09	4 113,24
Jiné sociální náklady	306,88	315,66	1 079,97	0,00	0,00
Daň silniční	9,35	7,90	9,20	8,38	12,39
Jiné daně a poplatky	34,53	67,07	26,17	15,69	21,69
Smluvní pokuty a úroky z prodlení	4,12	44,83	1,83	0,00	6,49
Jiné pokuty a penále	11,00	14,00	0,00	0,00	100,57
Manka a škody	26,15	5,63	53,56	11,34	206,30
Odpisy dlouhodobého majetku	25 264,82	16 624,50	29 231,59	18 189,33	15 118,74
Tvorba a zúčtování opravných položek	109,62	- 92,51	- 8,87	4,31	- 12,21
Náklady z vyřazených pohledávek	0,00	742,20	302,23	388,51	1 238,13
Náklady z drobného dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	4 906,96	2 130,13
Ostatní náklady z činnosti	2 318,29	1 619,18	- 454,83	601,28	4 947,25
Finanční náklady	74,11	1 905,27	675,99	291,36	395,31
NÁKLADY CELKEM	629 757,76	657 876,49	641 168,77	641 521,46	644 033,66

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Havířov za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 3/2: Náklady hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Havířov v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

VEDLEJŠÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Spotřeba materiálu	732,47	512,91	714,38	409,73	370,73
Spotřeba energie	763,34	900,73	810,49	1 026,03	962,42
Prodané zboží	97 114,58	81 865,36	82 111,08	76 624,51	81 007,54
Opravy a udržování	132,18	35,56	81,28	143,75	44,02
Cestovné	0,00	0,00	0,00	0,21	3,02
Aktivace vnitroorganizačních služeb	0,00	0,00	0,00	- 285,95	- 340,73
Ostatní služby	297,85	333,25	321,87	409,18	330,95
Mzdové náklady	4 277,15	4 242,45	4 496,30	3 764,13	3 546,44
Zákonné sociální pojištění	1 367,14	1 429,31	1 541,91	1 277,10	1 201,09
Jiné sociální pojištění	0,00	0,00	0,00	15,73	14,30
Zákonné sociální náklady	85,51	83,91	44,85	37,59	35,45
Ostatní sociální náklady	6,66	5,53	4,91	0,00	0,00
Jiné pokuty a penále	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00
Odpis pohledávky	7,72	0,00	0,00	0,00	0,00
Manka a škody	65,05	50,44	70,93	48,91	45,19
Jiné ostatní náklady	140,50	61,78	236,48	483,67	2 276,57
Odpisy dlouhodobého majetku	1 102,98	1 104,28	1 520,92	1 532,00	1 556,69
Prodaný materiál	9,10	59,32	0,00	0,00	,35
Tvorba a zúčtování opravných položek	0,00	- 11,66	0,73	- 0,44	- 0,30
Náklady z vyřazených pohledávek	0,00	0,00	0,00	1,35	61,11
Náklady z drobného dlouhodobého majetku	0,00	0,00	0,00	6,34	0,36
Ostatní finanční náklady	0,00	32,49	44,67	1,14	0,00
NÁKLADY CELKEM	106 102,23	90 705,66	92 000,8	85 504,98	91 115,2

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Havířov za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 4: Výnosy hlavní a vedlejší činnosti Nemocnice Havířov v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

HLAVNÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Výnosy z prodeje služeb	568 039,87	606 550,33	582 120,43	580 241,34	598 420,51
Výnosy z pronájmu	0,00	56,41	33,33	22,22	0,00
Aktivace materiálu a zboží	254,01	4,59	4,14	0,00	0,00
Aktivace vnitroorganizačních služeb	139,01	192,17	350,65	0,00	0,00
Aktivace dlouhodobého majetku	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Smluvní pokuty a úroky z prodlení	6,86	1,82	2,38	4,31	1,14
Úroky	161,27	44,24	47,43	117,51	94,77
Čerpání fondů	14 686,63	574,65	856,95	2 453,76	2 858,65
Ostatní výnosy z činnosti	17 320,89	15 018,02	22 895,05	4 879,74	1 778,79
Kurzové zisky	0,71	0,02	0,14	0,00	0,00
Ostatní finanční výnosy	40,85	138,98	6 729,61	6 616,03	7 049,19
Výnosy z transferů	6 122,56	7 709,79	12 298,26	7 762,96	10 962,66
Výnosy z vyřazených pohledávek	0,00	0,00	0,00	1,44	7,88
Výnosy z prodeje dlouhodobého majetku	42,35	0,00	15,55	0,00	0,02
VÝNOSY CELKEM	606 860,01	630 291,02	625 353,92	602 099,31	621 173,61

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Havířov za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

VEDLEJŠÍ ČINNOST	Rok				
	2009	2010	2011	2012	2013
Výnosy za vlastní výrobky	17,05	9,34	4,24	9,32	11,91
Výnosy z prodeje služeb	5 844,13	5 278,85	4 870,99	4 080,66	4 169,54
Výnosy z pronájmu	0,00	1 490,67	1 446,41	1 730,55	1 539,21
Výnosy za prodané zboží	113 488,83	95 059,94	95 765,83	92 224,44	98 246,65
Aktivace materiálu a zboží	52,28	36,53	0,00	0,00	0,00
Aktivace vnitroorganizačních služeb	308,18	289,29	364,41	0,00	0,00
Ostatní výnosy z činnosti	9 232,08	7 209,41	36,01	35,45	22,68
Tržby z prodeje materiálu	10,47	58,13	0,00	0,00	0,46
Výnosy z transferů	22,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Ostatní finanční výnosy	30,16	0,00	5 407,35	4 486,78	4 236,03
VÝNOSY CELKEM	129 005,68	109 432,16	107 895,24	102 567,20	108 226,48

Zdroj: Účetní závěrky Nemocnice Havířov za léta 2009 – 2013, vlastní zpracování.

Příloha č. 5: Poměrové ukazatele Nemocnice Karviná a Nemocnice Havířov v letech 2009–2013

Ukazatel	Nemocnice Karviná					Nemocnice Havířov				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Celková zadluženost	0,16	0,25	0,18	0,20	0,22	0,16	0,17	0,15	0,16	0,15
Běžná likvidita	1,23	0,71	1,14	1,11	1,09	0,79	0,76	0,94	0,86	0,82
Rentabilita aktiv	0,14	-3,54	0,15	2,81	-0,85	0,00	-0,94	0,01	-2,39	-0,64
Rentabilita vlastních zdrojů	0,19	-4,74	0,18	3,50	-1,08	0,00	-1,13	0,01	-2,84	-0,75
Doba obratu aktiv	1,07	1,01	1,05	1,02	0,95	0,72	0,75	0,73	0,72	0,78
Doba inkasa pohledávek	29,49	50,26	46,43	45,93	61,87	39,51	29,90	36,11	34,21	34,08
Doba splatnosti krátkodobých závazků	53,39	89,78	61,32	65,44	73,58	82,10	79,35	70,37	78,73	68,05